

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL POST-CONFLICTO EN  
UNA POBLACIÓN DE CALDAS, 2017.**

**SERGIO ALEJANDRO BARRETO PLAZA**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**

**PEREIRA**

**OCTUBRE, 2017**

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL POST-CONFLICTO EN  
UNA POBLACIÓN DE CALDAS, 2017.**

**SERGIO ALEJANDRO BARRETO PLAZA**

**Trabajo de grado para optar al título de:**

**Especialista en Psiquiatría**

**ASESORA:**

**DRA. DORA CARDONA GIRALDO**

**MÉDICA ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA**

**PEREIRA**

**OCTUBRE, 2017**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

Pereira, octubre de 2017

## **DEDICATORIA**

A mis padres: Baltazar y Fabiola.

A Catalina, mi compañera, por su incondicional apoyo, paciencia y comprensión en todo este proceso.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi asesora, Dra. Dora Cardona Giraldo, quien me orientó y apoyó durante todo el proyecto y me permitió culminarlo con éxito.

Al Dr. Jairo Franco Londoño, pilar fundamental en mi proceso de formación y en la realización de este trabajo.

Al Dr. Fernando Salazar, director de la E.S.E. Hospital Departamental San José, por su disposición y continuo apoyo durante la ejecución de esta investigación.

A todos mis maestros y compañeros de residencia.

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	7
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	8
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	10
<b>3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	11
3.1 Objetivo general	11
3.2 Objetivos específicos	11
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	12
<b>5. METODOLOGÍA</b>	35
<b>6. RESULTADOS</b>	50
6.1 Aspectos generales	50
6.2 Características sociodemográficas de la población de estudio	50
6.3 Descripción de la prevalencia de síntomas depresivos en la población civil	53
6.5 Comparación de la prevalencia de depresión y aspectos sociodemográficos en dos momentos situacionales de la población de San José de Caldas.	62
6.6 Aspectos sociodemográficos que mejor explican la prevalencia de síntomas de depresión en la población civil del municipio de San José.	64
<b>7. DISCUSIÓN</b>	66
<b>8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	71
<b>9. BIBLIOGRAFÍA</b>	73

## INTRODUCCIÓN

La población colombiana ha sido testigo de una confrontación bélica por más de cincuenta años entre la fuerza pública y las fuerzas armadas revolucionarias de Colombia - ejército del pueblo (FARC- EP), donde también han estado involucrados otros actores armados. La exposición a violencia y el detrimento de las condiciones psicosociales fruto de este conflicto armado interno, ineludiblemente han impactado en el psiquismo de la población civil colombiana, lo que supone mayores casos de depresión y otros trastornos mentales, así como un menoscabo de su salud mental.

La población civil, al estar expuesta a eventos potencialmente traumáticos como los del conflicto armado, puede sostener una alta frecuencia de síntomas depresivos en los individuos e inclusive puede afectar a un grupo significativo de comunidades en una región que experimentó los efectos negativos de una guerra.

El conflicto armado en Colombia es un claro estresor psicosocial que impacta significativamente la salud mental. Actualmente Colombia experimenta un nuevo escenario sociopolítico con la firma del Acuerdo de paz entre el gobierno nacional y el grupo armado FARC- EP; dada la reciente transición hacia la búsqueda de un escenario de postconflicto, son escasos los estudios que exploren la presencia de psicopatología en este nuevo contexto. Se realizó una investigación descriptiva en la población civil del municipio de San José del departamento de Caldas durante el año 2017, con el fin estimar la prevalencia de síntomas depresivos.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los mecanismos de enfermedad mental, es clara la influencia de factores biológicos, psicológicos y sociales. En la depresión se ha evidenciado un papel relevante de los factores psicosociales (Nabeshima & Kim, 2013), que se constituyen en estresores o eventos vitales adversos, activando la respuesta al estrés, mecanismo clave en la ontogenia de los trastornos emocionales, en individuos vulnerables y no vulnerables genéticamente (Gold, 2015). La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad, afectando a unos 350 millones de personas (Salud, 2015). En Colombia, según datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental, los trastornos afectivos son muy frecuentes, con una prevalencia de vida para cualquier trastorno depresivo en adultos de 5,4% (MINSALUD, 2015).

La vida psíquica está dominada por factores de tensión constante que, en su mayoría, sobrevienen del curso natural de la vida, pero otras veces son de carácter inesperado y alcanzan dimensiones traumáticas, generando malestar emocional y sufrimiento; dichas situaciones traumáticas han afectado de manera directa o indirecta a la población colombiana, como consecuencia de un conflicto interno que lleva más de 50 años, cuyo impacto en la salud mental abarca múltiples fenómenos sociales, tales como violencia, pobreza, desigualdad, desplazamiento forzado, entre otros daños (Jaime Contreras, 2003).

Distintos estudios han revelado que la exposición a un conflicto civil crónico, se asocia con altas tasas de trastorno depresivo mayor, en un rango heterogéneo que va desde el 39% hasta el 97% (Mugisha, Muyinda, Malamba, & Kinyanda, 2015) (Sabin, 2003) (Cardozo et al., 2004) (Vinck, Pham, Stover, & Weinstein, 2007) (Roberts, Ocaña, Browne, Oyok, & Sondorp, 2008). En el contexto local, para el año 2004 se reportó una tasa de depresión de 23,2% (Franco, 2004) en el municipio de San José- Caldas, que para ese momento no estaba expuesto directamente al conflicto armado colombiano. Se desconoce el comportamiento de



estas tasas de trastornos depresivos en el contexto de post-acuerdo entre el gobierno nacional y el grupo armado fuerzas armadas revolucionarias de Colombia – ejército del pueblo (FARC-EP), en nuestro país.

Ante un nuevo escenario social en el país, es poca la literatura académica que aporte sobre la temática de la desmovilización y su efecto en la salud mental de los residentes de los municipios colombianos involucrados directa e indirectamente en el conflicto armado; por lo anterior se planteó como pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de depresión en la población civil del municipio de San José – Caldas, luego de la desmovilización y desarme de las FARC- EP?

## **2. JUSTIFICACIÓN**

La Depresión, ha adquirido las proporciones de una verdadera epidemia. Es un problema de salud serio y tiene como su complicación más grave, el suicidio, que causa aproximadamente 1 millón de muertes anuales (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016).

Los mecanismos envueltos en la aparición de episodios depresivos son multifactoriales y aún no están completamente entendidos. Es sabido que los estresores severos y/o crónicos se relacionan con la aparición de trastornos mentales (trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, consumo de sustancias psicoactivas, etc.). Algunos autores plantean que la depresión podría ser incluso una forma de respuesta adaptativa desregulada al estrés (Gold, 2015).

El presente estudio se propone en el escenario de una transición histórica del contexto socio- político del país, dado los cambios acaecidos recientemente en cuanto a la refrendación en curso del acuerdo para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera entre el gobierno y las FARC- EP (Olave, 2013b).

Esta investigación contribuye a llenar un vacío, por el insuficiente conocimiento científico sobre un problema de interés general, como es la salud mental en este nuevo contexto, prevé beneficios potenciales para la población estudiada, toda vez que los resultados podrían ser la base para la planeación y priorización de recursos para atención en salud mental, así como la detección temprana y adecuada derivación de casos que requieran atención prioritaria que se pudieran presentar durante la ejecución de la misma. El presente estudio no requiere grandes recursos humanos o tecnológicos, ni de altos costos económicos para su realización.

### **3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Objetivo general**

Estimar la prevalencia puntual de síntomas depresivos en la población civil del municipio de San José del departamento de Caldas en el año 2017.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos de la población de estudio.
- Describir la prevalencia de síntomas depresivos en la población civil.
- Determinar la prevalencia de síntomas depresivos según aspectos sociodemográficos.
- Comparar la prevalencia de depresión en dos momentos situacionales de la población, en el año 2004 en medio del conflicto armado y en el año 2017 en el proceso de desmovilización, así como las características sociodemográficas.
- Explorar los aspectos sociodemográficos que mejor explican la prevalencia de síntomas de depresión en la población civil del municipio de San José.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 Antecedentes y estado del arte**

Entre las consecuencias de la guerra, el impacto sobre la salud mental de la población civil es uno de los más significativos. Los estudios en esta población muestran un incremento en la incidencia y la prevalencia de trastornos mentales (Murthy & Lakshminarayana, 2006).

En la Primera Guerra Mundial los daños psicológicos superaron los daños físicos en una relación de dos a uno y en la Segunda Guerra Mundial el 33% de todas las bajas médicas fueron atribuibles a causas psiquiátricas. Hallazgos que también se han observado en la población civil afectada por la guerra (Roberts & Browne, 2011).

En un estudio realizado con residentes expuestos a violencia política en Azerbaiyán, a quienes se les aplicó la escala de Hamilton para depresión y ansiedad, se encontró que luego de un año y medio de la exposición persistían los síntomas depresivos; además los sujetos evaluados sufrían trastornos de ansiedad y trastorno de estrés postraumático. En este estudio hubo una asociación entre los síntomas depresivos y la exposición a la violencia, sin embargo, la persistencia y cronicidad de los mismos después de la exposición pudo estar relacionada con otras situaciones: la pérdida de familiares y amigos, la pérdida de su residencia y pertenencias, y la pérdida de la cohesión comunitaria (Goenjian et al., 2000).

Con el fin de evaluar las secuelas psiquiátricas en el posconflicto en países de bajos ingresos mediante una evaluación diagnóstica psiquiátrica completa y no basadas solamente en síntomas, se realizó una investigación donde se evaluaron 3.048 sujetos de comunidades pos-conflicto en Argelia, Camboya, Etiopía y Palestina, usando como instrumento la Entrevista Diagnóstica Internacional

Compuesta (CIDI - *Composite international diagnostic interview*) versión 2.1. enfocándose en cuatro categorías: trastorno del ánimo, trastornos somatomorfos, trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastornos de ansiedad. Se observó que la experiencia de violencia asociada con el conflicto armado se asoció con mayores tasas de trastornos mentales; el TEPT y otros trastornos de ansiedad fueron los problemas más frecuentes (De Jong, Komproe, & Van Ommeren, 2003).

Una revisión sistemática de un total de 161 artículos que abarcó una población de 81.866 refugiados y otras personas afectadas por conflictos de 40 países, encontró que las tasas de TEPT y depresión reportadas mostraban gran variabilidad entre los estudios (0% - 99% y 3% - 85,5%, respectivamente). La tasa de prevalencia ponderada no ajustada registrada en todos los estudios de TEPT fue del 30,6% (IC del 95%: 26,3% -35,2%) y de depresión 30,8% (IC del 95%: 26,3% -35,6%). Factores metodológicos (tamaño y diseño de la muestra, método de diagnóstico) y factores poblacionales (sociodemográficos, lugar del estudio, tortura, puntuación de la escala de terror político, estado de residencia, tiempo transcurrido desde el inicio del conflicto) explicaban esta gran variabilidad y heterogeneidad. Con base en estos hallazgos, a manera de conclusión los autores plantean que se requiere mayor investigación en salud mental en escenarios de posconflicto, alentando a los investigadores a tener mayor rigor metodológico. El instrumento de evaluación más utilizado para depresión fue el *Hopkins Symptom Checklist*, seguida de la entrevista de diagnóstico internacional compuesta (CIDI) y la entrevista clínica estructurada para DSM (Steel et al., 2009).

En contextos de violencia, no solo hay impacto a nivel de psicopatología, también se han registrado niveles elevados de pobre salud mental entre las poblaciones afectadas por conflictos armados. Los estudios han proporcionado pruebas sobre los factores de riesgo de esta mala salud mental, como la exposición a eventos violentos y traumáticos, el desplazamiento forzado, la separación de familias y comunidades y la privación de bienes y servicios básicos (Roberts & Browne, 2011) (Mollica et al., 2004). Con base en estos hallazgos se realizó una revisión

sistemática con el fin de determinar los factores que influyen en la salud psicológica general de las poblaciones afectadas por conflictos en los países de ingresos bajos y medianos. En los quince estudios que cumplieron los criterios de inclusión, se observó que los factores que se asociaron con peor salud psicológica general fueron factores demográficos de género (mujeres), edad avanzada y no estar casados; factores socioeconómicos, tales como bajo nivel educativo, bajos ingresos y activos, desempleo, situación residencial (desplazado, refugiado, etc.), condiciones de vida e inseguridad; y el número de acontecimientos violentos y traumáticos, incluyendo desplazamiento forzado, particularmente desplazamiento interno. El instrumento más utilizado fue el *General Health Questionnaire (GHQ)* (Roberts & Browne, 2011).

Un estudio se propuso evaluar las consecuencias a largo plazo de la guerra en la salud mental, tanto en las personas que se quedaban en el área de conflicto como en los refugiados y ocho años después de la guerra en la ex Yugoslavia, evaluaron a 3.313 individuos en cinco países balcánicos y 854 refugiados en tres países de Europa Occidental. Los síntomas psicológicos generales se evaluaron mediante la "*Brief Symptom Inventory*" y los síntomas de estrés postraumático mediante el "*Impact of Event Scale-Revised*", siendo la ideación paranoide y la ansiedad los síntomas psicológicos más prominentes en las dos muestras. De acuerdo al análisis de regresión lineal múltiple los factores que se asociaron a mayor severidad de los síntomas psicológicos fueron género femenino, edad avanzada y experiencias traumáticas antes de la guerra. En general, se encontró que los niveles de síntomas fueron sustancialmente elevados en las poblaciones afectadas por la guerra, incluso varios años después de terminado el conflicto (Priebe et al., 2012).

Mugisha y cols. realizaron un estudio transversal siete años después de que el conflicto en el Norte de Uganda terminará. La prevalencia de trastorno depresivo mayor (TDM) fue del 24,7% (IC del 95%: 22,9% -26,4%). Los factores de riesgo para TDM, reportados por dominios fueron: *factores sociodemográficos* (género femenino, edad avanzada, ser viudo, estar separado/divorciado); *Factores de*

*vulnerabilidad psicosocial* (ser VIH positivo, bajo apoyo social, mayores traumatismos de guerra experimentados previamente, puntajes de estrés asociado a traumas de guerra experimentados previamente, antecedente psiquiátrico personal, antecedentes familiares de enfermedad mental, estilos negativos de afrontamiento, intentos de suicidio a lo largo de la vida, trastorno de estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de dependencia de alcohol) y los *estresores psicosociales* (insuficiencia alimentaria, aumento de las puntuaciones negativas en los eventos de vida, aumento de las puntuaciones de estrés) (Mugisha et al., 2015).

L. Farhood y cols. un año después de la guerra en el Sur de Líbano, determinaron las tasas de co-ocurrencia de TEPT y depresión; de los 991 sujetos, el 23,4% cumplieron los criterios del estudio para TEPT y/o depresión. Se encontró que la prevalencia de co-ocurrencia de TEPT y depresión (9%) fue mayor que la del TEPT (8,8%) o la de depresión (5,6%), por si solas. Los predictores más significativos para co-ocurrencia fueron: sexo femenino, problemas de salud, eventos vitales, ser testigo de eventos traumáticos, desempleo, bajo nivel educativo y pobre soporte social. Asimismo, se reportó que la depresión no estaba asociada con la exposición a trauma, sino que se asoció con factores psicosociales como el desempleo, los problemas de salud y eventos vitales (Farhood, Fares, Sabbagh, & Hamady, 2016).

Para nuestro conocimiento, en Colombia aún no se cuenta con estudios descriptivos de depresión en contexto de posconflicto; sin embargo, se mencionan a continuación algunas investigaciones que exploran asociación de psicopatología y conflicto armado.

En un estudio realizado en el Departamento del Tolima, que incluyó una muestra de 2.411 personas, el diagnóstico más frecuente fue "otros trastornos de ansiedad" (incluyó todos los trastornos de ansiedad no clasificados como trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés agudo) (32,3%), seguido de depresión (18,2%) (Sanchez-Padilla, Casas, Grais, Hustache, & Moro, 2009).

En otro estudio, llevado a cabo en los departamentos de Nariño, Cauca, Putumayo y Caquetá, se evaluaron 6.353 personas viviendo en zonas activas de conflicto, que consultaron a los servicios de salud mental. El análisis de datos indicó que los factores de riesgo registrados se dividen en tres grupos, denominados: "violencia directamente relacionada con el conflicto", "violencia personal no directamente relacionada con el conflicto" y "dificultades generales". Los síntomas relacionados con la depresión y los síntomas de riesgo de suicidio (p. Ej. "ánimo triste" "ideación/intentos suicidas") eran frecuentes en todos los grupos, no obstante, los síntomas relacionados con la ansiedad (por ejemplo, "miedo, sentimiento de amenaza" y "síntomas ansiosos") estaban más relacionados con la "violencia directamente relacionada con el conflicto", mientras que los síntomas relacionados con la impulsividad (por ejemplo, "Agresividad" y "abuso de alcohol/sustancias") estaban más relacionados con "violencia personal no directamente relacionada con el conflicto" (V. Bell, Méndez, Martínez, Palma, & Bosch, 2012). De este estudio es llamativo que los factores no relacionados con el conflicto son igualmente relevantes en la salud mental de las personas afectadas por la violencia en nuestro país.

En Bojayá (Chocó), en una muestra de 40 civiles adultos expuestos al conflicto armado se estableció una prevalencia de depresión del 38%, todos los participantes habían estado presentes en la masacre ocurrida en el 2002 en este municipio donde fallecieron 119 personas y otras 98 resultaron heridas y la evaluación se realizó un año después de dicho evento (Londoño et al., 2005).

En el Eje Cafetero Colombiano se llevó a cabo una investigación que determinó la prevalencia de depresión en dos poblaciones de Caldas, una población expuesta directamente al conflicto al armado (Corregimiento San Félix – Caldas) y otra no expuesta directamente al conflicto armado (San José – Caldas). Usando como instrumento de evaluación la escala de Zung, indicaron una prevalencia de



depresión en San Félix del 29,87 % y en San José del 23,2 %, sin diferencias estadísticamente significativas (Franco, 2004).

Campo-Arias y cols. realizaron una revisión sistemática con el fin de determinar la prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado en situación de desplazamiento forzado en Colombia durante dos décadas (1994-2013). De los 13 estudios que incluyeron, la prevalencia de síntomas se observó en un 9,9-63%; la de posibles casos, en un 21-97,3%, y la de trastornos mentales, en un 1,5-32,9%. Al igual que estudios internacionales, los autores sugieren interpretar los hallazgos con precaución debido a la alta heterogeneidad y la baja calidad de los estudios, y enfatizan en la necesidad de más estudios en el área (A. Campo-Arias, Oviedo, & Herazo, 2014).

## **4.2 Marco contextual**

El conflicto armado colombiano es un generador de violencia de proporciones alarmantes, permeando todas las áreas de la sociedad y dejando un incontable número de víctimas. Su impacto incluye tanto pérdidas humanas y materiales, como importantes secuelas físicas y emocionales.

El conflicto armado se ha enquistado, principalmente en territorio rural y periférico, zonas tradicionalmente afectadas por dinámicas de confrontación histórica entre la fuerza pública y los guerrilleros de las FARC- EP y el ELN, además de grupos paramilitares. Dicha actividad armada bélica ha acentuado la vulnerabilidad de estas poblaciones por la constante violación a los derechos humanos, desplazamientos, daños causados por minas antipersonales, masacres, torturas, violencia sexual, reclutamiento forzado, confinamiento, entre otras. Es así como el conflicto provoca importantes secuelas físicas y psicológicas en la población civil, que se ven agravadas por las dificultades en el acceso a profesionales de salud y a servicios de asistencia sanitaria (Médicos Sin Fronteras, 2013).

Los diálogos de La Habana entre el Gobierno Nacional y las FARC-EP, tuvieron su punto de partida en el encuentro exploratorio sucedido en la capital de la República de Cuba entre el día 23 de febrero y el día 26 de agosto de 2012, que culminaron con la instalación de una mesa de conversaciones el día 18 de octubre de 2012 en la ciudad de Oslo - Reino de Noruega, que después continuó en la Habana- Cuba. Luego de casi 4 años de diálogos entre las partes, el día 24 de noviembre del 2016 acordaron suscribir un *Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera* (Humberto de la Calle, 2016).

#### **4.2.1 Área de estudio:**

El municipio de San José fue creado a través de la ordenanza Número 233 de la asamblea Departamental de Caldas y sancionada por el Gobernador el 19 de marzo de 1.998. Este municipio se encuentra ubicado al occidente del departamento y está claramente influenciado por vías de comunicación muy buenas y cercanas a municipios grandes como Cartago, La Virginia, Anserma y las capitales de los departamentos de Risaralda y Caldas, respectivamente Pereira y Manizales. Esto permite que el poblado está rodeado de guarniciones militares, ubicadas en cada uno de los municipios descritos anteriormente, lo cual lo hace poco atractivo para acciones militares de guerrilla y paramilitarismo; lo anterior, sumado a la situación geográfica privilegiada en la cima de la Sierra de todos los Santos, ubicada entre los Ríos Cauca y Risaralda, hacen que la comunidad se encuentre aislada, en una burbuja de seguridad que no favorece acciones bélicas directas de los actores del conflicto .

A partir de datos sobre presencia de grupos armados del conflicto interno y número de eventos del conflicto en municipios de Colombia (Cifuentes Patiño & Palacio Valencia, 2005) (Rodriguez Takeuchi, 2009)., el Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos (CERAC) construye una clasificación que categoriza a los municipios del país, de acuerdo a la duración e intensidad del conflicto entre 2000

y 2012, San José se considera un municipio categoría 4: conflicto interrumpido (durante el periodo hay años sin presencia de grupos armados) y levemente afectado (el promedio de eventos del conflicto armado es inferior a la media nacional) (Restrepo & Aponte, 2009).

Según la base de datos del perfil de salud del municipio de San José de Caldas del año 2016, aportado por la ESE Hospital Departamental San José, la población cuenta con 5581 habitantes, de los cuales 3520 corresponden a personas adultas entre 18 y 65 años.

### **4.3 Marco teórico - conceptual**

#### **4.3.1 Los orígenes del conflicto armado en Colombia**

Cuando se sitúa el origen temporal del conflicto armado se trata, no hay un consenso claro acerca del momento preciso de la historia de nuestro país en el cual se inició tal confrontación; si bien algunos autores se remontan a contextos políticos de principios del siglo XX, con los conflictos agrarios, otros acortan la brecha temporal al conflicto contemporáneo, situándose posterior al Frente Nacional. Lo que sí coinciden muchos autores es en algunos factores claves que desencadenaron la violencia, entre ellos: la desigualdad de ingresos, la debilidad institucional, la presencia precaria del estado en varias regiones del territorio nacional, una excesiva concentración de la propiedad rural, una débil legitimidad de los títulos de propiedad, la persistencia de formas de autoridad anacrónicas con precarias normas laborales, la confrontación de una visión liberal y una visión religiosa del mundo, con la consecuente polarización política. Otro punto importante en el clima de confrontación política, fueron las reformas llevadas a cabo por el entonces presidente liberal Alfonso López Pumarejo (sufragio universal masculino, reformas educativas y reforma agraria, reconocimiento de derechos sindicales, derechos patrimoniales y el acceso a la educación superior de las

mujeres) que acrecentaron el descontento de clases dominantes del país y de la iglesia católica (Leongómez, 2015) (Jaime Contreras, 2003).

El Partido Conservador se propuso inhibir por medio del terror al liberalismo, para recuperar el poder, centrando su accionar en el campo; las zonas liberales o comunistas fueron atacadas por organizaciones paramilitares como la “Policía Chulavita” y “los pájaros”, patrocinadas por grandes políticos, terratenientes y sectores de la fuerza pública. En 1957 cayó la dictadura del general Rojas Pinilla y el gobierno fue asumido por una junta militar que dio paso al Frente Nacional, los comandos armados comunistas entran a un proceso de paz y crean el movimiento agrario de Marquetalia, surgen varias “Repúblicas Independientes” entre ellas Marquetalia en el Tolima (Sanchez-Padilla et al., 2009).

En 1960 fue asesinado el líder agrario Jacobo Prias y dos años después tropas gubernamentales iniciaron acciones militares contra Marquetalia, considerados estos hechos como las raíces de la lucha armada guerrillera. Para 1964 se adoptó el Programa Agrario, como bandera de lucha y surgieron las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) (Olave, 2013a) (Fajardo, 2015).

La fuerza pública no logró controlar el movimiento guerrillero y fomentó el paramilitarismo, en colaboración con los intereses afectados por la insurgencia. Hubo algunos intentos de paz, como la negociación llevada a cabo por el entonces presidente Belisario Betancur, de la cual surgió la Unión Patriótica (UP), que fue exterminada en pocos años. Otra ola de violencia resurgió con la denominada “Seguridad Democrática” que involucró al paramilitarismo como apéndice armado de la fuerza pública (Fajardo, 2015).

#### **4.3.2 La violencia en el conflicto armado**

La Organización Mundial de la Salud, define la violencia como: “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de

causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2003).

La violencia se subdivide en tres categorías: autoinflingida, interpersonal y colectiva. La violencia colectiva se define como “el uso de la violencia como instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo —ya sea transitorio o con una identidad más permanente— contra otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales” (Krug et al., 2003). Ejemplos de este tipo de violencia encontramos las guerras, el terrorismo y otros conflictos políticos violentos que ocurren dentro de un mismo estado o entre dos o más estados, la violencia perpetrada por el estado (genocidio, represión, desapariciones, tortura y otras violaciones de los derechos humanos) y la delincuencia violenta organizada.

Asociados a los conflictos violentos, sobrevienen situaciones de emergencia humanitaria, que las Naciones Unidas, han denominado emergencias complejas. Tales situaciones se caracterizan por grandes pérdidas humanas, desplazamientos masivos de personas, daños generalizados a la sociedad y la economía, necesidad de asistencia humanitaria a gran escala y el impedimento de ésta por limitaciones políticas y militares. Una emergencia compleja es “una crisis humanitaria en un país, región o sociedad, donde hay un deterioro total o considerable de la autoridad como resultado de conflictos internos o externos, que requiere una respuesta internacional que va más allá del mandato o la capacidad de cualquier organismo único o del programa nacional en curso de las Naciones Unidas” (For, Coordination, Humanitarian, & Section, 2001).

Se viene utilizando cada vez más el término de "escenario humanitario" para describir una amplia gama de conflictos, post conflictos y áreas afectadas por desastres, donde los servicios normales son interrumpidos o insuficientes, para suplir las necesidades de la población afectada y, por tanto, se requiere de la

intervención conjunta y coordinada de organismos nacionales e internacionales (Jones et al., 2009).

A nivel mundial se estima que cada año, como resultado de violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva, pierden la vida más de 1,6 millones de personas y muchas más sufren lesiones no mortales (Krug et al., 2003).

En las modalidades de violencia relacionada al conflicto armado colombiano destacan masacres, atentados terroristas o magnicidios, sin embargo, distan de ser los hechos más frecuentes contra la población civil, donde predominan los reportes de asesinatos selectivos, desapariciones forzadas, secuestros, tortura, desplazamiento forzado, violencia sexual, minas antipersonal y el reclutamiento ilícito (GMH, 2013).

En el informe general del Centro Nacional de Memoria Histórica de Colombia (Centro de Memoria Histórica, 2013), se documentaron 23.161 asesinatos selectivos entre 1981 y el 2012. De este total, 8.902 muertes (38,4%) fueron ocasionadas presuntamente por grupos paramilitares. En ese mismo periodo se registraron 588 eventos de violencia en los cuales hubo huellas o marcas de sevicia en los cuerpos de 1.530 personas. Entre 1980 y 2012 se rastrearon 1.982 masacres (58,9%, grupos paramilitares; 17,3%, guerrillas; 7,9%, Fuerza Pública; 14,8%, grupos armados no identificados; 0,6%, paramilitares y Fuerza Pública en acciones conjuntas; y 0,4%, otros grupos). Entre 1970 y 2010 se registraron 27.023 secuestros asociados con el conflicto armado (GMH, 2013).

De acuerdo con el Registro Único de Víctimas -RUV, para febrero de 2017 se tiene reporte de 7'108.181 personas que han sido víctimas de desplazamiento forzado y 18.594 personas víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual en el marco del conflicto armado en Colombia (estas cifras corresponden al total acumulado de registros específicos por año desde 1985, más el acumulado de lo registrado antes de esa fecha) (Presidencia de la República & Congreso

Nacional, 2011). Se estima que existe un subregistro de violencia sexual, por factores como la estigmatización, la vergüenza y la re-victimización, que se presenta tanto en ámbitos sociales como institucionales.

Otro fenómeno menos visible (dado su baja letalidad), pero muy relevante por su gran impacto social y emocional, es *la amenaza*, “*este tipo de violencia busca la instalación duradera del miedo, la desconfianza, la ruptura de las solidaridades y la parálisis en la cotidianidad de las víctimas y sus expresiones comunitarias*” (GMH, 2013). Los distintos actores armados realizan esta expresión de violencia mediante cartas, llamadas telefónicas, amenazas cara a cara, públicamente, mediante panfletos, comunicados, listas y grafitis con mensajes intimidantes. En ambientes post-conflicto, también pueden persistir expresiones de violencia armada que pueden ser incluso superiores a las presentadas en el ambiente de guerra que los precedió.

#### **4.3.3 Salud mental y enfermedad mental en contextos de conflicto y posconflicto**

Las guerras han tenido su parte en la historia de la psiquiatría, fue el impacto psicológico de las guerras mundiales en forma de “Shell shock” (trauma del bombardeo) que sentó la relación de la guerra con secuelas emocionales. Las diferencias en la presentación de los síntomas psiquiátricos entre los soldados abrieron nuevas formas de comprender las reacciones psicológicas al estrés (Murthy & Lakshminarayana, 2006).

Ha sido creciente el interés por los efectos psicológicos en poblaciones afectadas por la guerra, teniendo principalmente dos enfoques teóricos, uno encaminado al trauma y otro hacia los aspectos psicosociales. Mientras uno se centra en la exposición directa a eventos potencialmente traumáticos (respuesta individual traumática), el otro se centra principalmente en los estresores sociales y las condiciones materiales causadas o empeoradas por conflictos armados como la

pobreza, el hacinamiento, la desnutrición, el desplazamiento hacia campos de refugiados sobrepoblados y empobrecidos, las luchas y divisiones dentro de las comunidades, la destrucción de los lazos sociales y la consiguiente pérdida de apoyo social y material, el ostracismo y la lucha por la supervivencia de grupos como niños excombatientes, viudas, supervivientes de agresión sexual, huérfanos y personas con discapacidades relacionadas con la guerra (Jones et al., 2009).

En el modelo enfocado al trauma, lo más relevante son los efectos directos de la violencia organizada para explicar las reacciones psicológicas y el impacto en la salud mental (figura 1), este modelo se centró en el estudio del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Aunque no cabe duda de los profundos efectos sobre quienes experimentan directamente situaciones de guerra, estos contextos también generan o exacerbar una serie de condiciones altamente estresantes o estresores vitales diarios, como la pobreza, la marginación social, el aislamiento, la vivienda inadecuada y los cambios en la estructura y el funcionamiento de la familia (Miller & Rasmussen, 2010).

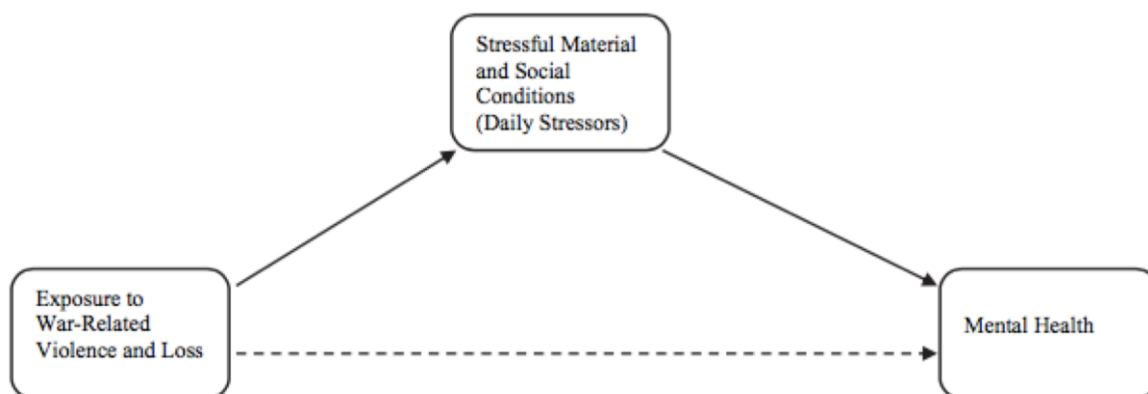


**Figura 1.** Modelo enfocado al trauma. Tomada de K.E. Miller, A. Rasmussen, 2010.

Con el modelo psicosocial (figura 2), se ha venido examinado el papel de los estresores diarios para ayudar a explicar las altas tasas de estrés psicológico, tan frecuentemente encontradas entre los sobrevivientes de los conflictos armados. Demostrando que los estresores diarios también tienen poderosos efectos sobre la salud mental, algunos estudios sugieren que tienen incluso un mayor nivel de predicción de depresión y deterioro funcional que la misma exposición a eventos traumáticos de guerra (Miller & Rasmussen, 2010). La importancia de un enfoque psicosocial es el cambio de intervenciones individuales y clínicas orientadas a

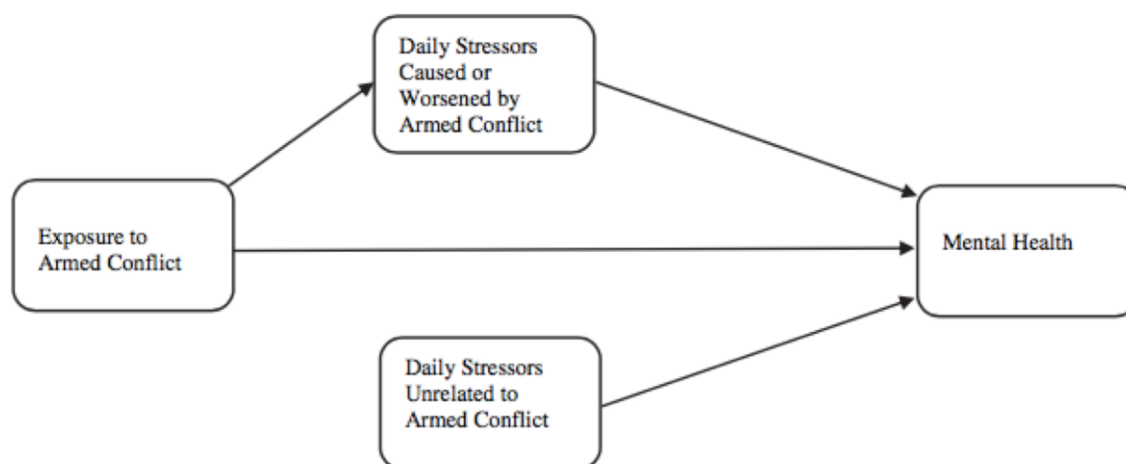


manejar trastornos como el TEPT por intervenciones comunitarias que busquen modificar estos determinantes de salud y generen un mayor impacto.



**Figura 2.** Mediación de estresores diarios en la relación guerra y salud mental. Tomada de K.E. Miller, A. Rasmussen, 2010.

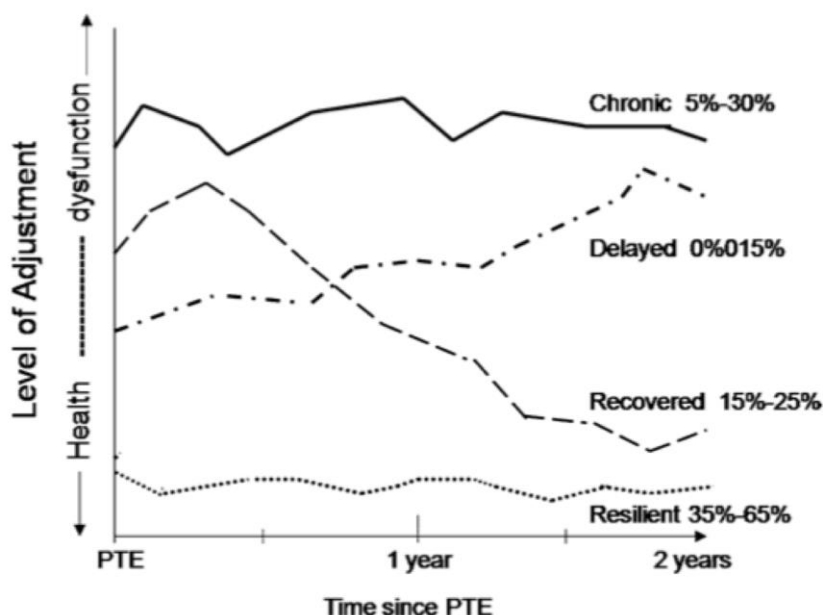
Como propuesta final Miller y Rasmussen, enfatizando en la importante contribución de los estresores diarios a la salud mental y al funcionamiento psicosocial en contextos de conflicto y post conflicto, adoptan un tercer modelo que propone vincular estresores diarios no relacionados con el conflicto armado (Miller & Rasmussen, 2010) (Figura 3).



**Figura 3.** Tomada de: K.E. Miller y A. Rasmussen, 2010

Los estresores diarios representan estresores proximales o inmediatos, mientras que la exposición a la guerra es a menudo una experiencia distal, particularmente en contextos de posconflicto o situaciones de guerra de baja intensidad donde la violencia es intermitente y no permanente. La pobreza, el aislamiento social y el hacinamiento en viviendas confrontan a la población diariamente, en cambio los actos específicos de violencia política, aunque altamente estresantes, pueden haber ocurrido pocas veces en el pasado, y por tanto ser psicológicamente menos impactantes (Miller & Rasmussen, 2010). De igual forma se ha observado en muestras comunitarias no clínicas que los sobrevivientes de eventos traumáticos son generalmente mucho más resilientes de lo que los ensayos clínicos y los reportes de casos tienden a sugerir y que, con el apoyo adecuado y el paso del tiempo, la mayoría de los sobrevivientes de trauma son capaces de recuperar su equilibrio psicológico. Por el contrario, los estresores diarios representan amenazas continuas y a menudo crónicas al bienestar psicológico y pueden deteriorar gradualmente los recursos de afrontamiento de las personas y menoscabar su salud mental (Rasmussen et al., 2010) (Bonanno, 2008).

La mayoría de las personas en diferentes momentos de su vida experimentará estresores severos, pero no todos reaccionan de la misma manera. Contrario a lo que se describe tradicionalmente como una respuesta homogénea al trauma, la investigación prospectiva y longitudinal ha reportado claras diferencias individuales en las respuestas a un trauma potencial, algunos tienen dificultades iniciales importantes, pero progresivamente se van adaptando, otros incluso mantienen un funcionamiento aceptable luego del evento (resilientes). Dada esta heterogeneidad en la adaptación a tales eventos, el término comúnmente utilizado "evento traumático" es un término inadecuado y por eso se prefiere el de "eventos potencialmente traumáticos" (PTE) (Bonanno, Westphal, & Mancini, 2011).



**Figura 4.** Trayectorias de adaptación luego de un Evento potencialmente traumático (PTE) Tomado de Bonano et al 2011.

En la encuesta nacional de salud mental en Colombia (MINSALUD, 2015), entre los eventos traumáticos más frecuentemente reportados en adultos entre 18 y 44 años están los relacionados al conflicto armado (7.9%) solo superados por los accidentes de tránsito (18,6%) y la delincuencia organizada o común (10,7%).

A pesar de la heterogeneidad en los resultados, la evidencia de múltiples estudios epidemiológicos sugiere una mayor tasa de trastornos psiquiátricos, principalmente depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT) en muestras comunitarias afectadas por la guerra, situación que se perpetúa incluso varios años después de la terminación de los conflictos, explicado en gran parte por la persistencia de factores de vulnerabilidad psicosocial y estresores psicosociales (De Jong et al., 2003; Farhood et al., 2016; Goenjian et al., 2000; Mollica et al., 2004; Priebe et al., 2012; Steel et al., 2009) (Gómez-Restrepo et al., 2016)

#### 4.3.4 Post-conflicto y violencia

No hay un consenso exacto desde que momento podemos hablar de “post-conflicto”, si empieza una vez entra en vigor un cese al fuego, después de la firma de un acuerdo de paz o luego de una fuerte reducción de la incidencia de violencia armada colectiva. Algunos sugieren un umbral temporal de cinco a diez años después que una guerra se declara oficialmente “superada”. Dada la variabilidad y heterogeneidad entre los conflictos armados resulta más fácil describir que definir que es una situación de post-conflicto. Según el *Small Arms Survey* una situación de posconflicto se describe como el periodo posterior a un conflicto armado, en el cual se haya presentado una clara victoria de una de las partes, se establece una cesación declarada de la guerra (cese al fuego y/o acuerdo de paz) y / o una desescalada importante de la violencia armada en comparación con el período de “guerra” (Robert Muggah, 2009).

La terminación de un conflicto, no representa la solución de las dinámicas estructurales que lo condicionan, por tanto, las sociedades que salen de un conflicto están sujetas a riesgos estructurales que pueden dar lugar al recrudecimiento de la violencia armada. Factores como exclusión social y económica, desigualdad, marginación y pobreza, urbanización rápida y no reglamentada y acceso desigual a los servicios públicos básicos, pueden correlacionarse con un mayor riesgo de violencia armada; otros factores a considerar también son la mayor disponibilidad de armas, el abuso de sustancias psicoactivas, una “cultura” donde predominan actitudes que apoyan la coerción y una mayor población de jóvenes desempleados. Por tanto, en contextos posconflicto, se debe prestar gran atención a la prevención de la violencia armada, la intervención humanitaria y las iniciativas de construcción de paz, incluyendo la justicia transicional, estrategias de desarme, desmovilización y reintegración (DDR) y la reforma del sector de la seguridad (SSR), así como estrategias de promoción de seguridad de segunda generación (aquellas estrategias enfocadas en identificar y mitigar los factores de riesgo demostrados, con intervenciones desde una perspectiva comunitaria, sobre la base de necesidades identificadas y

obedeciendo a las normas culturales locales en lugar de los rígidos incentivos proporcionados externamente, apunta también a la población civil y pandilleros, y recurre a los líderes comunitarios, desplazando el énfasis de las intervenciones de arriba hacia abajo diseñadas por personas ajenas, a enfoques más diseñados y ejecutados por la comunidad) (Robert Muggah, 2009).

La “violencia de post-conflicto”, ha sido entendida como aquella que tiene lugar después de la terminación de un conflicto armado. En estos escenarios se observa un espectro de violencia (Figura 5) que va desde la recurrencia del conflicto armado, así como formas de violencias mínimamente relacionadas o independientes con este. Como factores relacionados con la violencia en el posconflicto, se encuentra la incapacidad del estado para brindar condiciones políticas y socioeconómicas estables (condiciones de paz), la impunidad y la corrupción, el desbalance de poderes, el retorno de las poblaciones desplazadas, un deficiente proceso de DDR y SSR, la persistencia de una “cultura de violencia” y la ausencia de reconciliación y reparación a las víctimas (Tobón, 2014).



**Figura 5.** Espectro de la violencia después de un conflicto. (Tobón, 2014)

La historia en Latinoamérica de otros escenarios de “posconflicto”, como el caso de Guatemala con el Acuerdo de Paz Firme y Duradera de 1996, evidenció un aumento importante de la violencia, relacionada principalmente con la continuidad y fortalecimiento de grupos armados clandestinos, la impunidad y la corrupción,

las fallas en la implementación del acuerdo por parte del estado, y en general, una limitada capacidad de las instituciones del estado para brindar adecuadas condiciones de paz (Tobón, 2014).

Una reflexión desde la Biopolítica realizada por (Corzo Pérez, 2016), plantea un reto a la psiquiatría para ahondar en la comprensión del comportamiento violento inducido por el conflicto armado y en la búsqueda de desnaturalizar y mitigar los esquemas de violencia que se han perpetuado durante todos estos años de conflicto. La cultura de guerra se vuelve un instrumento de sobrevivencia de transmisión transgeneracional y, en un país de diásporas como Colombia, fruto del despojo y el desarraigo cultural por fenómenos como el desplazamiento forzado, la multiculturalidad consecuente y, por tanto, la falta de una identidad cultural propia, se observa cómo la población joven tiende a identificarse con la cultura de la guerra, como estrategia de supervivencia, reconocimiento y aceptación, en un medio ambiente usualmente hostil, que les rodea (Corzo Pérez, 2016).

#### **4.4 Depresión**

La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad (Salud, 2015). Es una enfermedad compleja y en su etiopatogenia convergen múltiples factores psicológicos, biológicos y sociales.

El término “depresión” puede resultar ambiguo, ya que puede incluir múltiples acepciones, como síntoma, síndrome o como una entidad clínica con criterios nosológicos específicos. Hernández G., define la depresión como “un dispositivo innato del comportamiento que se impone a ciertos sujetos en los que confluyen factores de predisposición neurobiológica y circunstancias precipitantes exógenas” (Hernández, 2007).

La depresión clínica (trastorno depresivo mayor) según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (AMERICAN PSYCHIATRIC

ASSOCIATION, 2014), es un trastorno mental, con distintos grados de severidad, que puede cursar con una serie de síntomas que incluye ánimo deprimido, pérdida de interés o placer en actividades normalmente agradables, síntomas somáticos como cambios de peso o del apetito, fatiga, agitación o retraso psicomotor y alteración del patrón del sueño, sentimientos de inutilidad, culpa y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio. Es una condición incapacitante que afecta negativamente el ámbito familiar, laboral o académico.

#### **4.4.1 Genéticos**

La historia familiar de depresión mayor en padres y abuelos, aumenta el riesgo de desarrollar esta condición (Weissman et al., 2016) . Estudios en gemelos muestran una heredabilidad del 37% para depresión mayor (Sullivan, Neale, & Kendler, 2000), si bien implica que los factores genéticos pueden desempeñar un papel en el inicio de la depresión no explican completamente su origen. Los trastornos depresivos se han asociado a varios polimorfismos de genes que codifican para receptores de neurotransmisores, transportadores sinápticos y enzimas de sus vías metabólicas, sin embargo la identificación de genes candidatos únicos asociados con la depresión mayor ha sido infructuosa debido a la influencia poligénica y epigenética de la enfermedad mental (Kupfer, Frank, & Phillips, 2012).

#### **4.4.2 Depresión y estrés**

El estrés ha sido un determinante en la supervivencia de la especie humana, mediante la activación de mecanismos biológicos para responder ante amenazas del medio. Durante la respuesta fisiológica al estrés se presenta un estado de ansiedad leve, con un sesgo atencional hacia el estímulo amenazante, la capacidad de experimentar placer se reduce, en parte para disminuir la probabilidad de distracción durante la respuesta al mismo, hay cambios metabólicos, hormonales y de neurotransmisores tales como la activación de la Hormona Liberadora de Corticotropina (CRH) / Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HPA), incluyendo cortisol; activación del Locus Cerúleo y del Sistema Nervioso Simpático; neurotransmisores monoaminérgicos y el sistema de glutamato.

También se presenta un estado pro-inflamatorio, protrombótico y de resistencia a la insulina. Hay promoción de la integridad neuronal durante las demandas adicionales de respuesta a factores de estrés mediante neurogénesis y neuroplasticidad. Se ha planteado la enfermedad depresiva como una respuesta desregulada de este sistema de estrés (Gold, 2015). Estudios en los últimos 40 años han demostrado que la hiperactividad del eje HHA es uno de los hallazgos biológicos más consistentes de la depresión mayor, pero los mecanismos subyacentes a esta anormalidad aún no están claros (Pariante & Lightman, 2008) (Stetler & Miller, 2011). Esta hiperactividad es presumiblemente causada por un mal funcionamiento de los receptores de glucocorticoides que afectan el circuito de retroalimentación negativa del eje HPA, lo que puede causar depresión a través de la neurogénesis alterada y la reducción de los volúmenes del hipocampo (Verduijn et al., 2015) (Pariante & Lightman, 2008). La hipersecreción hipotalámica de CRH conduce no sólo al hipercortisolismo en la depresión, sino también a la activación del sistema simpático medular, que por muchas vías biológicas explicarían componentes fenotípicos de la depresión (Gold, 2015).

La depresión está fuertemente asociada a eventos estresantes, particularmente cuando el estrés es crónico (Hammen, 2005; Roca et al., 2013). Los eventos traumáticos, los eventos vitales negativos y las dificultades diarias ("*daily hassles*") son las principales fuentes de estrés (Turner, Wheaton, & Lloyd, 1995). Muchas vías biológicas están influenciadas por el estrés externo. La falta de retorno a la actividad pre-estrés parece ocurrir en varios sistemas en pacientes deprimidos (Livia Chiriță, Gheorman, Bondari, & Rogoveanu, 2015).

El estrés induce activación de la respuesta inflamatoria. Los estresores psicosociales activan los circuitos de estrés del sistema nervioso central (SNC), incluyendo CRH y el sistema nervioso simpático a través del locus cerúleo. Actuando a través de receptores adrenérgicos alfa y beta, las catecolaminas liberadas de las terminaciones nerviosas simpáticas favorecen la expresión del NF- $\kappa$ B (Factor Nuclear Kappa B) en células inmunitarias, principalmente los



macrófagos, resultando en la liberación de mediadores inflamatorios. Las citoquinas pro-inflamatorias, a su vez, pueden acceder al cerebro, inducir vías de señalización inflamatorias, incluyendo NF- $\kappa$ B, y en última instancia contribuir a la alteración del metabolismo de las monoaminas, el aumento de la excitotoxicidad y la disminución de la producción de factores tróficos relevantes. La activación de CRH inducida por citocinas y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, a su vez, conduce a la liberación de cortisol, que junto con las vías del sistema nervioso parasimpático eferente (p.ej. el nervio vago) sirven para inhibir la activación de NF- $\kappa$ B y disminuir la respuesta inflamatoria. En el contexto del estrés crónico, la activación de las vías inflamatorias puede ser menos sensible a los efectos inhibitorios del cortisol (J.L. & D., 2014). Los biomarcadores elevados de la inflamación, incluyendo citoquinas inflamatorias y proteínas de fase aguda, se han encontrado en pacientes deprimidos, y la administración de estímulos inflamatorios ha sido asociado con el desarrollo de síntomas depresivos, que sumado a la alta comorbilidad con otras enfermedades inflamatorias como el cáncer y la enfermedad cardiovascular, soportan cada vez más una contribución importante de la inflamación crónica en el desarrollo de trastornos neuropsiquiátricos tales como la depresión (Haroon, Raison, & Miller, 2012).

#### **4.4.3 Factores sociodemográficos y psicosociales**

En situaciones posconflicto, factores sociodemográficos como género femenino, bajo soporte social, un mayor número de eventos vitales negativos, inadecuados estilos de afrontamiento y tener comorbilidades psiquiátricas (intentos de suicidio, TEPT y trastorno de ansiedad generalizada) han sido asociados como factores de riesgo para depresión (Mugisha et al., 2015).

En cuanto a predictores de co-ocurrencia de depresión y TEPT encontramos el género femenino, tener alguna comorbilidad médica, los eventos vitales adversos, ser testigo de eventos traumáticos, bajo apoyo social, bajo nivel educativo y desempleo (Farhood et al., 2016).

Otros factores como la edad avanzada, las experiencias estresantes antes de la guerra, factores de migración y el estatus legal temporal en refugiados, se han visto asociados con mayor severidad de síntomas psicológicos en situaciones de posguerra (Priebe et al., 2012).

Factores como el género femenino, edad avanzada, el no estar casado, bajo nivel educativo, bajos ingresos, desempleo, condiciones de vida e inseguridad, mayor número de acontecimientos violentos y traumáticos, se han asociado a una peor salud psicológica en población afectada por conflictos armados (Roberts et al., 2008).

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 Enfoque metodológico de la investigación**

Bajo un enfoque empírico-analítico se utilizaron herramientas matemáticas especialmente de la estadística y de aplicación a la epidemiología, se realizó un estudio de predominio cuantitativo.

### **5.2 Diseño de estudio**

Se realizó un estudio observacional descriptivo, tipo transversal.

Observacional porque los investigadores no realizaron asignación de la exposición, se limitaron solo a la medición de variables; descriptivo porque caracterizó la prevalencia de síntomas depresivos en una población definida; transversal porque solo se realizó una medición que evalúa al mismo tiempo exposición y evento.

### **5.3 Población**

La población objeto de estudio fueron los habitantes residentes del municipio de San José del departamento de Caldas- Colombia, 2017.

### **5.4 Criterios de selección**

#### **5.4.1 Criterios de inclusión:**

- Habitante de ambos sexos del municipio de San José del departamento de Caldas.
- Edad entre 18 a 65 años.
- Con un tiempo residencia en el municipio mayor e igual a 15 años.
- Habitante que acepte participar en el estudio y firme el consentimiento informado.

#### **5.4.2 Criterios de exclusión:**

- Persona miembro activo de la Fuerza Pública de Colombia.

- Persona desmovilizada de algún grupo armado.
- Residente de la zona rural
- Persona bajo el efecto de sustancias psicoactivas, que impida responder el cuestionario estructurado.
- Persona con alguna limitación sensorial que no le permita responder de forma autónoma a cada una de las preguntas del instrumento.

### 5.5 Diseño muestral

Para el tamaño de la muestra se realizó un muestreo aleatorio simple (MAS), con técnicas de reemplazo de sujetos que cumplieron los criterios de exclusión o que no aceptaron participar en el estudio. En caso de requerir un reemplazo para aquella unidad de análisis que no cumple criterios de selección, se utilizó un MAS con base a la tabla de datos suministrada por la E.S.E Hospital Departamental San José de San José Caldas y se realizó por medio del software Epidat 4.2 como se describe más adelante en los procedimientos de selección aleatoria de las unidades de análisis. La variable más relevante según el objeto de estudio es de naturaleza cualitativa y el propósito final es el de estimar una proporción (prevalencia de punto). El estudio apunta a estimar una proporción, con población finita.

Población o universo: 1158 habitantes residentes de la cabecera del municipio de San José del departamento de Caldas con edades entre 18 y 65 años de acuerdo a proyecciones de población año 2017 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Software para selección de tamaño de muestra: Epidat 4.2

Ecuación matemática:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2}^2) * p * q}{e^2 + \frac{(Z_{\alpha/2}^2) * p * q}{N}}$$

1 -  $\alpha$  : Nivel de confianza = 0.95  $\rightarrow$  95%.

$\alpha$  : Nivel de significación o probabilidad de error debido al azar = 0.5  $\rightarrow$  5 %.

$Z_{\alpha/2}$ : Es una constante de una normal tipificada = 1.96

$p = 0,232$ ; proporción de habitantes con síntomas depresivos (Franco, 2004)

$q = 1 - p$

$N = 1158$  Tamaño de la población.

$e = 0.05 \rightarrow 5$  %; Error máximo permisible.

**n:** Tamaño de la muestra

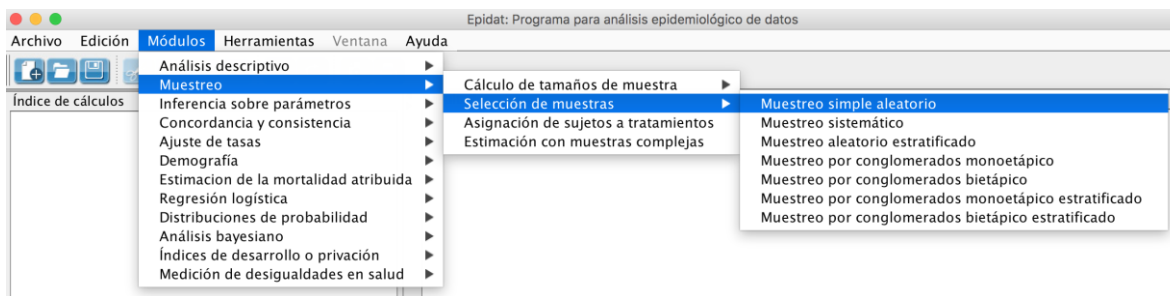
Con una confianza del 95% la muestra a elegir fue de 222 habitantes residentes de la cabecera del municipio de San José del departamento de Caldas para el año 2017.

#### ***5.5.1 Procedimiento de selección aleatoria de las unidades de análisis***

El procedimiento para la selección de los habitantes residentes de la cabecera del municipio de San José del departamento de Caldas para el año 2017 se realizó por muestreo aleatorio simple; a través de una tabla aleatoria y con identificación única seleccionados por el software Epidat.

**Fuente de Marco del Muestreo:** E.S.E Hospital departamental San José de San José Caldas, con el apoyo del director de dicha institución, se obtuvo la tabla de datos que contenía cada una de las personas que cumplían criterios de selección del estudio; posteriormente esta tabla fue importada en el software Epidat versión 4.2 y por el módulo de muestreo, selección de muestras y por la técnica de muestreo simple aleatorio, se eligieron las 222 unidades de análisis para el presente estudio.

Software Epidat para selección aleatoria de unidades de análisis.



## 5.6 Instrumento

El instrumento diseñado para tal fin, contiene el título, una sección que desglosa los datos sociodemográficos y otra sección correspondiente a la escala de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS).

La sección del instrumento de los aspectos sociodemográficos fue diseñada por el investigador y se centra en aspectos personales como la edad, el sexo, la etnia, la escolaridad, el estado civil, la ocupación, la creencia religiosa, afiliación en salud, el antecedente de ideación suicida y el plan si los hubiere. De igual manera, en esta sección se preguntaron algunos aspectos relacionados con los estilos de vida del individuo como el fumar, el consumo de alguna bebida alcohólica y el consumo de alguna sustancia psicoactiva.

La segunda sección del instrumento está compuesta por las preguntas que hacen parte de la escala Autoaplicada de Depresión de Zung. La escala auto aplicada (también puede ser hetero-aplicada) de Depresión de Zung (SDS: Self- rating Depression Scale), es una escala formada por 20 preguntas relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Cada pregunta utiliza una escala de Likert de cuatro puntos, con cuatro opciones de respuesta que van desde: 1: muy pocas veces. 2: algunas veces 3: muchas veces/frecuentemente. 4: casi siempre/la mayoría de las veces; la suma de las 20 preguntas produce una puntuación bruta entre 20 y 80 puntos (Zung, 1965), esto provee un índice de severidad de depresión que va desde 25 a 100 puntos. El autor de la escala Dr. Zung en estudios posteriores dividió el índice de depresión en tres categorías: <50: sin síntomas depresivos clínicamente

significativos, de 50 a 59: Depresión leve y 60 o más depresión moderada a severa (Zung, MacDonald, & Zung, 1988).

En general, una puntuación bruta de 40 puntos según método anglosajón, es considerada tradicionalmente como el punto de corte para síntomas depresivos significativos. La escala de Zung no es un test diagnóstico, se realizó inicialmente para establecer la severidad de los síntomas depresivos en pacientes ya diagnosticados con depresión mayor en contextos clínicos, no obstante, se ha demostrado su utilidad como herramienta de tamizaje para síntomas depresivos clínicamente significativos en contextos comunitarios (A. Campo-Arias, Diaz-Martinez, Rueda-Jaimes, del Pilar Cadena, & Hernandez, 2006) (Vélez-Álvarez, Barrera-Valencia, Benito-Devia, Figueroa-Barrera, & Franco-Idarraga, 2016).

Para el presente estudio, se emplearon puntos de corte de acuerdo a la bibliografía anglosajona, teniendo en cuenta la puntuación bruta de la siguiente manera: no depresión (< 40 puntos), depresión leve (40-47 puntos), depresión moderada (48-55 puntos) y depresión grave (> 55 puntos).

Se cuenta con una validación realizada en población general colombiana, donde se determina la utilidad de la escala, para la identificación clínica de síntomas depresivos significativos usando el tradicional punto de corte (40 puntos), registran un alfa de Cronbach de 0.832; Sensibilidad del 88.6% (IC 95%: 74,6- 95,7), Especificidad del 74.8% (95% IC: 68.4-80.2); Valor Predictivo Positivo 41,1 % (IC 95%: 31,2-51,6); Valor Predictivo Negativo 97.1% (IC95% 92,9- 98,9); Coeficiente kappa de Cohen 0,433 (IC95%: 0,327 – 0,539); área bajo la curva ROC 0,901 (IC95% 0,857 – 0,945) (A. Campo-Arias et al., 2006).

***Antecedentes en la población de estudio:*** se empleó como método de tamizaje para la detección de síntomas depresivos la Escala de Zung, toda vez que fue el cuestionario utilizado en estudio anterior realizado en el municipio de San José de Caldas en el año 2004 y dada la utilidad en muestras comunitarias.

**Revisión de expertos:** se contó con la revisión por dos expertos, uno temático (Médica Psiquiatra) y otro metodológico (Magister en Epidemiología Clínica - Doctor en Salud Pública), quienes revisaron el instrumento de recolección de datos y el método de análisis de datos, generando corrección de variables y consolidándose el instrumento definitivo. Consideran no requerimiento de prueba piloto dado que tanto el componente A, relativo a datos sociodemográficos y lista de verificación de criterios de inclusión/exclusión como el componente B, concerniente a la escala de Zung, son sencillos y de fácil comprensión, además de contar con validación en población colombiana (A. Campo-Arias et al., 2006).

## 5.7 Variables

La lista de las variables incluidas y que se analizaron en este estudio, se encuentran especificadas en el siguiente cuadro.

### **Cuadro Operacional de variables.**

Nombre	Naturaleza	Nivel de medición	Forma de interrelacionarse	Categoría / Unidad de medida
Edad	Cuantitativa - Discreta	De Razón	Independiente	en años cumplidos
Sexo	Cualitativa	Nominal	Independiente	Hombre Mujer
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Independiente	Abierta
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	Independiente	0: Ninguno 1: Primario 2: Bachillerato 3: Técnica 4: Tecnología 5: Profesional 6: Posgrado
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Soltero 2: Casado 3: Divorciado 4: Viudo 5: Separado 6: Unión libre
Creencia religiosa?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Si 2: No
Etnia	Cualitativa	Nominal	Independencia	1: Indígena 2: Mestizo



				3: Blanco 4: Negra
¿Afiliación a salud?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Si 2: No
¿Consume licor?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Diariamente 2: Ocasionalmente 3. No consume
¿Consume cigarrillos?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Diariamente 2: Ocasionalmente 3. No consume
¿Consume sustancias psicoactivas?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: Diariamente 2: Ocasionalmente 3. No consume
<b>Zung – SDS</b>				
1. Me siento abatido y melancólico.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces  2: algunas veces  3: Frecuentemente  4: Siempre
2. En la mañana es cuando me siento mejor.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces  2: algunas veces  3: Frecuentemente  4: Siempre
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces  2: algunas veces  3: Frecuentemente  4: Siempre
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces  2: algunas veces  3: Frecuentemente  4: Siempre
5. Como igual que antes.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces  2: algunas veces  3: Frecuentemente  4: Siempre

6.Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
7. Noto que estoy perdiendo peso.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
8.Tengo molestias de estreñimiento.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
10. Me canso aunque no haga nada.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
11.Tengo la mente tan clara como antes.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente

				4: Siempre
14. Tengo esperanza en el futuro.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
15. Estoy más irritable de lo usual.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
16. Me resulta fácil tomar decisiones.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
17. Siento que soy útil y necesario.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
18. Mi vida tiene bastante interés.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	1: muy pocas veces 2: algunas veces 3: Frecuentemente 4: Siempre
Presencia de depresión con puntuación normalizada	Cualitativa	Ordinal	Dependiente	0: Sin Depresión

				1: Depresión leve. 2: Depresión moderada 3: Depresión grave
¿Alguna vez ha pensado en quitarse la vida?	Cualitativa	Nominal	Independiente	1: SI 2: NO
¿De qué manera?	Cualitativa	Nominal	Independiente	Abierta

### 5.8 Técnicas o procedimientos para la recolección de información

Se le informó a cada persona en qué consistía el estudio, sus objetivos y los procedimientos para responder el instrumento y se procedió luego a indagar la participación del estudio mediante el consentimiento informado. Una vez esto, se procedió a aplicar el instrumento en el que se garantizó la confidencialidad, sin revelar identidades, mediante una entrevista personal. En el componente inicial del instrumento se presentaba una lista de chequeo con los criterios de inclusión / exclusión. En caso de que la persona no cumpliera los requisitos para la inclusión en el estudio, se agradeció la buena voluntad del sujeto y se procedió a reemplazarlo por otra unidad de análisis.

Estas encuestas fueron aplicadas y guiadas (mediante visita domiciliaria) por el responsable del presente estudio, quien es un médico residente de psiquiatría de último año y por médicos internos rotantes por el servicio de psiquiatría (previa capacitación en la aplicación del instrumento y bajo supervisión constante).

Se contó con el apoyo de la unidad local de salud, que proporcionó cuatro promotoras de salud, quienes apoyaron el trabajo de campo, principalmente en lo referido a la localización de las unidades de análisis y el diligenciamiento de fichas para remisión a psicología de los pacientes que fueron positivos para depresión.

Si durante la aplicación del instrumento se detectaba alguna persona que requiriera atención psiquiátrica de urgencia, este sería valorado por el

investigador, quien derivaría a la unidad especializada correspondiente, sin embargo, en ningún caso fue necesario.

## **5.9 Procesamiento de la información**

Cada instrumento diligenciado fue sistematizado en una tabla de datos elaborada en una hoja de cálculo de Google Drive. Posteriormente esta tabla de datos fue importada en el programa estadístico SPSS, la cual fue revisada y verificada por el investigador principal, con el objetivo de corregir todos los errores de digitación; el análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS versión 21.

Se utilizó Microsoft Office, Word para la realización de los informes y presentación escrita del trabajo, y Power Point para las diferentes ponencias de la investigación.

## **5.10. Control de errores y sesgos**

En el presente estudio se consideró el control de los siguientes sesgos:

**Sesgo de información:** este estudio fue de carácter transversal, donde los investigadores no tuvieron ninguna intervención o seguimiento con los residentes del municipio.

**Del investigador:** la recolección de la información, en especial en la aplicación del instrumento fue realizada por médicos internos y residente de Psiquiatría de último año, con el fin de obtener una recolección de la información de manera fehaciente.

En cuanto al sesgo del instrumento en la recolección de la información, éste se controló con el proceso de auditoría de la tabla de datos realizada semanalmente, cuyo objetivo fue garantizar la coherencia, exhaustividad, calidad y control de duplicidad de datos de acuerdo a las unidades de análisis seleccionadas.

**Sesgos de selección:** este tipo de sesgo se controló con el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión; las unidades de análisis fueron revisadas y evaluadas por expertos en el tema.

**Control del efecto confusor:** para evitar confusiones en diferentes variables sociodemográficas y de estilos de vida con la presencia de síntomas depresivos, se realizó un modelo multivariado para controlar el efecto de estas variables, se construyó un modelo regresión multivariado como modelo exploratorio y de ajuste para la Razón de Prevalencia (RP).

### **5.11 Análisis de datos**

Para el análisis descriptivo de los aspectos sociodemográficos de la población de estudio se utilizaron distribuciones absolutas, distribuciones relativas con sus respectivos intervalos de confianza del 95% e indicadores de resumen como la media aritmética, la desviación estándar, los cuartiles, el rango intercuartílico, valores mínimos y valores máximos. Se estableció el criterio de normalidad de algunas variables sociodemográficas a través de la prueba de Kolmogorov – Smirnov.

La descripción de síntomas depresivos se obtuvo por medio de la prevalencia puntual, la cual se definió como el número de casos de síntomas depresivos arrojados por la escala Zung en la población de estudio para un momento dado (año 2017).

Para establecer la relación entre los aspectos sociodemográficos con la presencia de síntomas depresivos se aplicó la prueba chi-cuadrado de independencia de Pearson y la prueba exacta de Fisher; de igual manera, se evaluó la fuerza de asociación por medio de la razón de prevalencia (RP) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (I.C. 95%). Para determinar la relación entre la presencia de síntomas depresivos y algunas variables cuantitativas

(sociodemográficas) se utilizó la prueba t – Student de independencia y la prueba U- Mann Whitney; un valor  $p < 0,05$  se consideró estadísticamente significativo.

Para la comparación de los síntomas de depresión en los dos momentos situacionales (año 2004 y año 2017), se aplicó la prueba de McNemar para la diferencia de proporciones de dos muestras relacionadas.

Se aplicó regresión multivariada como método exploratorio para evaluar la influencia de aspectos sociodemográficos con la presencia de síntomas depresivos por medio de un modelo de regresión Poisson con varianza de error robusta.

Para el procesamiento de la información se construyó una base de datos en Excel y luego se importó al software SPSS, la cual fue revisada y verificada por los investigadores.

## **5.12 Aspectos éticos**

La realización de la presente investigación no conllevó en su concepto y desarrollo, ni en la publicación de resultados, lesiones a la dignidad humana y menos aún, en la integridad de las personas que intervinieron en el estudio; y se acogió a la normatividad nacional existente para su desarrollo como la Resolución 8430 de 1993 y a la normatividad internacional vigente (Declaración de Helsinki/ Informe de Belmont/ Pautas CIOMS). Concordante con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, Título II, artículo 11, literal b, el presente proyecto se clasificó como una investigación con riesgo mínimo.

Para la ejecución de la investigación, se contó con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Tecnológica de Pereira. Dicho comité fue independiente y no tuvo ningún tipo de beneficio financiero, material o directo con la propuesta de investigación.

Este proyecto no presentó impactos negativos ambientales o sociales; por otro lado, debido a que se fundamentó en la aplicación de la Escala Zung para Depresión y previendo algún tipo de impacto psicológico, el investigador (psiquiatra en formación) estuvo presente en todo el proceso de recolección de información, lo que permitió, si el sujeto aceptaba, ampliar la información clínica, hacer intervenciones de urgencia, psicoeducación y remisión a la unidad local de salud, para su seguimiento o a una unidad especializada, en casos graves.

El presente estudio contó con el aval del director de la unidad local de salud para garantizar la vinculación del individuo a la ruta de atención, durante la ejecución del trabajo de campo, quien además puso a disposición el apoyo de promotoras de salud y papelería oficial de la institución, para efectos de la atención y/o remisión de los participantes que lo requirieron.

Por medio del formato de consentimiento informado se invitó a participar a cada unidad de análisis seleccionada, previo cumplimiento de criterios de selección; se informó el objetivo y alcance del estudio y se resolvieron las dudas. Se estableció el debido proceso frente al derecho de escuchar y entender el consentimiento informado por parte de los participantes, incluyendo las limitaciones y los alcances del estudio, además de la voluntariedad de la participación. La presente investigación contó con el Consentimiento Informado, por escrito y firmado por el sujeto de investigación.

Para efectos de confidencialidad de la información no se utilizó ningún dato identificador como nombres, apellidos, o número de identificación y todos los sujetos se nombraron por número de caso. De igual forma, se almacenó de manera independiente los instrumentos y los consentimientos informados. No se compartió la identidad de los participantes en la investigación. La información de este proyecto de investigación se mantendrá bajo criterios de confidencialidad. Solo los investigadores saben cuál es el número y se mantendrá la información encerrada en un archivador bajo normas de seguridad. No será compartida ni entregada a nadie excepto al mismo grupo de investigadores.



Se pretende socializar los resultados con las directivas y personal asistencial de la unidad local de salud, con quienes se concertará la metodología para llevar a cabo capacitación sobre detección y abordaje de la depresión en el nivel primario de atención, buscando mejorar su capacidad de respuesta en salud mental.

Se declara que no se presentó conflicto de intereses en el desarrollo del proyecto.

## 6. RESULTADOS

### 6.1 Aspectos generales

Entre agosto de 2017 y septiembre de 2017, se realizó en el municipio de San José del departamento de Caldas-Colombia, un estudio observacional descriptivo tipo transversal, donde se describió la prevalencia de depresión en la población civil después de la desmovilización de un grupo armado; por criterios de selección y diseño muestral se eligieron 222 habitantes residentes de la cabecera del municipio.

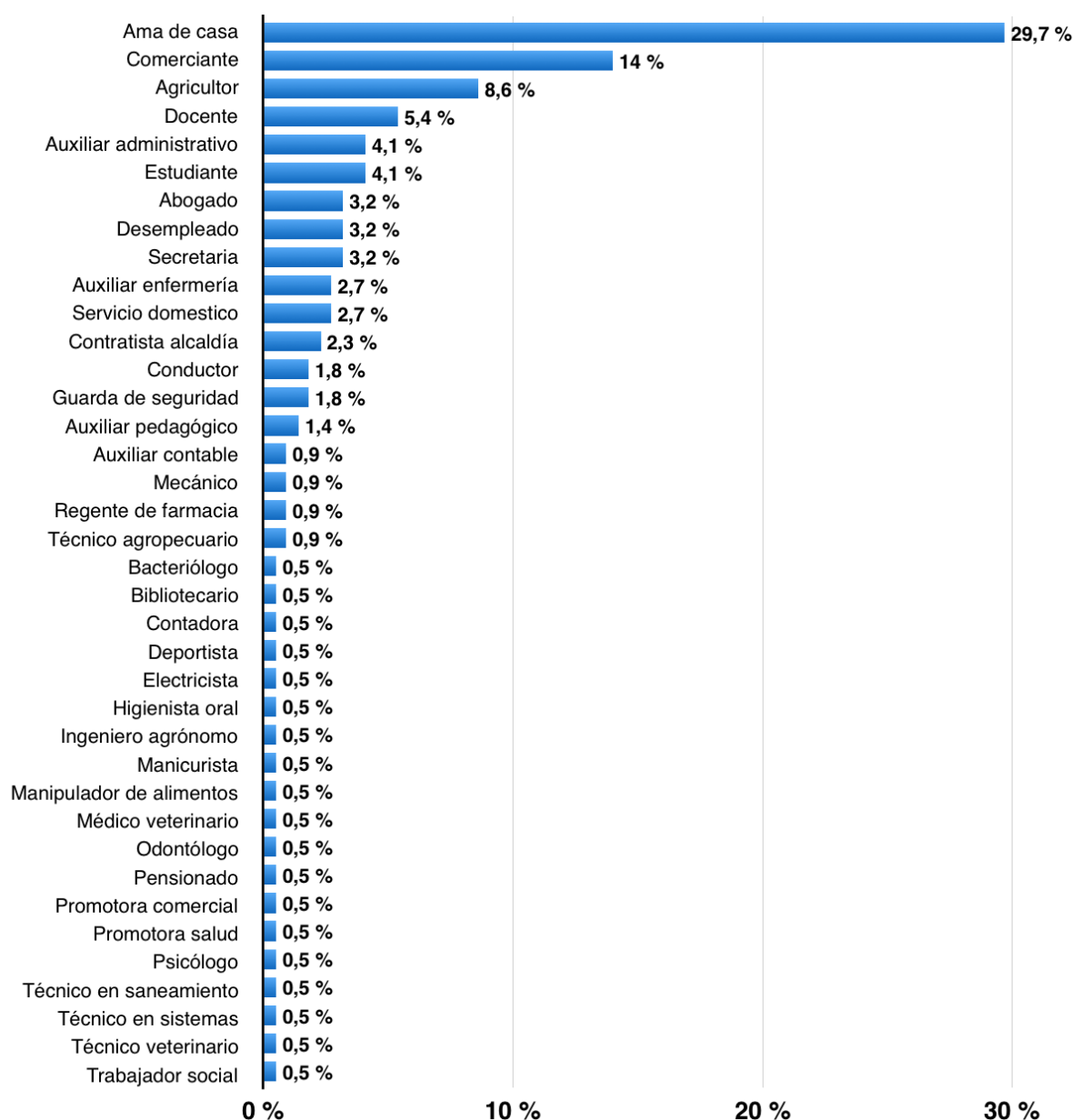
### 6.2 Características sociodemográficas de la población de estudio

Se evaluaron personas entre 18 años y 65 años, la edad promedio de los encuestados fue de  $40,5 \pm 13,4$  años; no se hallaron diferencias significativas en los promedios de edad según sexo ( $p=0,485$ ). El 67,6% de los habitantes encuestados fueron mujeres; el 52,7% de los habitantes reportaron convivir con una pareja, el 58,1% de los residentes mencionaron que terminaron la primaria o el bachillerato, y todos los encuestados reportaron tener afiliación en salud. Ver Tabla 1. Las ocupaciones más representativas de los habitantes fueron ama de casa ( $n=66$ ), comerciante ( $n=31$ ), agricultor ( $n=19$ ) y docente ( $n=12$ ). Ver Figura 1.

**Tabla 1.** Distribución absoluta y porcentual de los aspectos sociodemográficos de los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas; 2017.

Aspectos Sociodemográficos		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	I.C. 95%
Sexo	Mujer	150	67,6%	61,3 a 73,9
	Hombre	72	32,4%	26,1 a 38,7
Grupo de edad	$\geq 40$ años	110	49,5%	43,2 a 55,9
	$< 40$ años	112	50,5%	44,1 a 56,8
Estado civil	Casado(a)	66	29,7%	23,9 a 36,5

	<i>Soltero(a)</i>	76	34,2%	28,4 a 41,0
	<i>Unión libre</i>	51	23,0%	18,0 a 28,4
	<i>Viudo(a)</i>	8	3,6%	1,4 a 5,9
	<i>Separado(a)</i>	17	7,7%	4,5 a 11,3
	<i>Divorciado(a)</i>	4	1,8%	0,5 a 3,6
<b>Nivel Educativo</b>	<i>Ninguno</i>	15	6,8%	3,6 a 10,4
	<i>Primaria</i>	70	31,5%	25,7 a 37,8
	<i>Bachiller</i>	59	26,6%	20,7 a 32,9
	<i>Técnica</i>	33	14,9%	10,4 a 19,4
	<i>Tecnología</i>	19	8,6%	5,0 a 12,6
	<i>Profesional</i>	20	9,0%	5,4 a 12,6
	<i>Posgrado</i>	6	2,7%	0,9 a 5,0
<b>Etnia</b>	<i>Mestiza</i>	218	98,2%	96,4 a 99,5
	<i>Negra</i>	4	1,8%	0,5 a 3,6
<b>¿Practica alguna religión?</b>	<i>Si</i>	201	90,5%	86,5 a 94,1
	<i>No</i>	21	9,5%	5,9 a 13,5
<b>Afiliación en salud</b>	<i>Si</i>	222	100%	---
	<i>No</i>	0	0,0%	---



**Figura 1.** *Distribución porcentual de las ocupaciones de los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas; 2017.*

Al evaluar los estilos de vida de los residentes del municipio, el 25,7% de los habitantes reportaron consumir alguna bebida alcohólica ocasionalmente. Frente al consumo de tabaco, el 9,5% de los habitantes manifestaron que actualmente fuman de manera ocasional o diaria. Ver Tabla 2.

**Tabla 2.** Distribución absoluta y porcentual de los estilos de vida de los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas; 2017.

Estilos de vida		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	I.C. 95%
¿Actualmente fuma?	<i>Diariamente</i>	11	5,0%	2,3 a 8,1
	<i>Ocasionalmente</i>	10	4,5%	1,8 a 7,7
	<i>No fuma</i>	201	90,5%	86,5 a 94,1
¿Actualmente consume alguna bebida alcohólica?	<i>Diariamente</i>	0	--	--
	<i>Ocasionalmente</i>	57	25,7%	20,3 a 31,5
	<i>No consume</i>	165	74,3%	68,5 a 79,7
¿Actualmente consume alguna sustancia psicoactiva?	<i>Diariamente</i>	2	0,9%	0,0 a 2,3
	<i>Ocasionalmente</i>	2	0,9%	0,0 a 2,3
	<i>No consume</i>	218	98,2%	96,4 a 99,5

### 6.3 Descripción de la prevalencia de síntomas depresivos en la población civil

En la tabla 3 se observan las respuestas a los 20 ítems que conforman la escala Autoaplicada de Depresión de Zung.

Independientemente del puntaje total de la escala, se observó alta frecuencia de los siguientes síntomas en la población evaluada: *alteración del deseo, el interés y el disfrute sexual (39,2%), no tener la mente tan clara como de costumbre (36,9%), dificultad para tomar decisiones (32,9%) y pérdida de la capacidad del disfrute (32%).*

**Tabla 3.** Distribución absoluta y porcentual de las respuestas de los ítems que conforman la escala Zung en los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas; 2017.

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
<b>Me siento abatido y melancólico.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	140	63,1%
	<i>Algunas veces</i>	58	26,1%
	<i>Frecuentemente</i>	18	8,1%
	<i>Siempre</i>	6	2,7%
<b>En la mañana es cuando me siento mejor.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	26	11,7%
	<i>Algunas veces</i>	33	14,9%
	<i>Frecuentemente</i>	25	11,3%
	<i>Siempre</i>	138	62,2%
<b>Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	146	65,8%
	<i>Algunas veces</i>	57	25,7%
	<i>Frecuentemente</i>	11	5,0%
	<i>Siempre</i>	8	3,6%
<b>Me cuesta trabajo dormirme en la noche.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	143	64,4%
	<i>Algunas veces</i>	59	26,6%
	<i>Frecuentemente</i>	15	6,8%
	<i>Siempre</i>	5	2,3%
<b>Como igual que antes.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	32	14,4%
	<i>Algunas veces</i>	18	8,1%
	<i>Frecuentemente</i>	7	3,2%
	<i>Siempre</i>	165	74,3%
<b>Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	50	22,5%
	<i>Algunas veces</i>	37	16,7%
	<i>Frecuentemente</i>	16	7,2%

	<i>Siempre</i>	119	53,6%
<b>Noto que estoy perdiendo peso.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	177	79,7%
	<i>Algunas veces</i>	30	13,5%
	<i>Frecuentemente</i>	10	4,5%
	<i>Siempre</i>	5	2,3%
<b>Tengo molestias de estreñimiento.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	162	73,0%
	<i>Algunas veces</i>	34	15,3%
	<i>Frecuentemente</i>	15	6,8%
	<i>Siempre</i>	11	5,0%
<b>El corazón me late más aprisa que de costumbre.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	171	77,0%
	<i>Algunas veces</i>	45	20,3%
	<i>Frecuentemente</i>	4	1,8%
	<i>Siempre</i>	2	0,9%
<b>Me canso aunque no haga nada.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	148	66,7%
	<i>Algunas veces</i>	55	24,8%
	<i>Frecuentemente</i>	12	5,4%
	<i>Siempre</i>	7	3,2%
<b>Tengo la mente tan clara como antes.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	42	18,9%
	<i>Algunas veces</i>	40	18,0%
	<i>Frecuentemente</i>	12	5,4%
	<i>Siempre</i>	128	57,7%
<b>Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	22	9,9%
	<i>Algunas veces</i>	19	8,6%
	<i>Frecuentemente</i>	19	8,6%
	<i>Siempre</i>	162	73,0%
<b>Me siento intranquilo y</b>	<i>Nunca / Muy pocas</i>	133	59,9%

<b>no puedo mantenerme quieto.</b>	<i>veces</i>		
	<i>Algunas veces</i>	58	26,1%
	<i>Frecuentemente</i>	16	7,2%
	<i>Siempre</i>	15	6,8%
<b>Tengo esperanza en el futuro.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	18	8,1%
	<i>Algunas veces</i>	16	7,2%
	<i>Frecuentemente</i>	13	5,9%
	<i>Siempre</i>	175	78,8%
<b>Estoy más irritable de lo usual.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	150	67,6%
	<i>Algunas veces</i>	53	23,9%
	<i>Frecuentemente</i>	9	4,1%
	<i>Siempre</i>	10	4,5%
<b>Me resulta fácil tomar decisiones.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	33	14,9%
	<i>Algunas veces</i>	40	18,0%
	<i>Frecuentemente</i>	29	13,1%
	<i>Siempre</i>	120	54,1%
<b>Siento que soy útil y necesario.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	8	3,6%
	<i>Algunas veces</i>	22	9,9%
	<i>Frecuentemente</i>	20	9,0%
	<i>Siempre</i>	172	77,5%
<b>Mi vida tiene bastante interés.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	5	2,3%
	<i>Algunas veces</i>	11	5,0%
	<i>Frecuentemente</i>	17	7,7%
	<i>Siempre</i>	189	85,1%
<b>Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.</b>	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	203	91,4%
	<i>Algunas veces</i>	17	7,7%

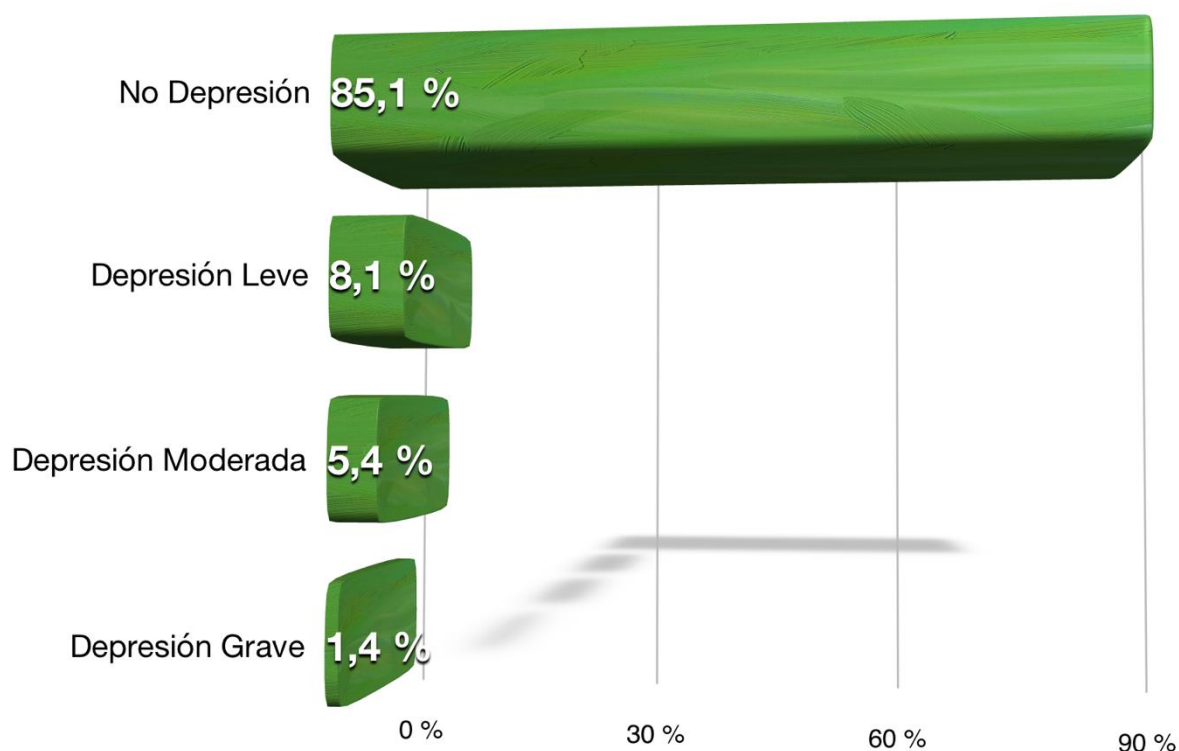


<b>Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.</b>	<i>Frecuentemente</i>	1	0,5%
	<i>Siempre</i>	1	0,5%
	<i>Nunca / Muy pocas veces</i>	38	17,1%
	<i>Algunas veces</i>	33	14,9%
	<i>Frecuentemente</i>	22	9,9%
	<i>Siempre</i>	129	58,1%

El 14,9% (I.C. 95%: 10,4% a 19,8%) de los habitantes del municipio de San José de Caldas presentaron síntomas depresivos (n=33), de los cuales el 54,5% (n=18) presentaron depresión leve, el 36,4% (n=12) depresión moderada y el 9,1% (n=3) depresión grave. Ver Tabla 4 y Figura 2.

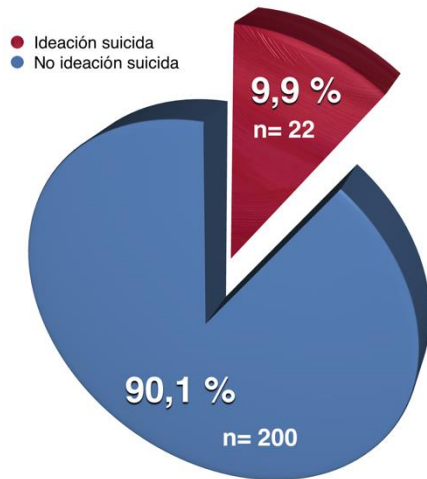
**Tabla 4.** *Distribución absoluta y porcentual de la prevalencia de síntomas depresivos en los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas; 2017.*

La escala de síntomas depresivos de Zung		Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	I.C. 95%
<b>Síntomas de Depresión</b>	<i>No Depresión</i>	189	85,1%	80,2 a 89,6
	<i>Depresión Leve</i>	18	8,1%	4,5 a 11,7
	<i>Depresión Moderada</i>	12	5,4%	2,7 a 8,6
	<i>Depresión Grave</i>	3	1,4%	0,0 a 3,2

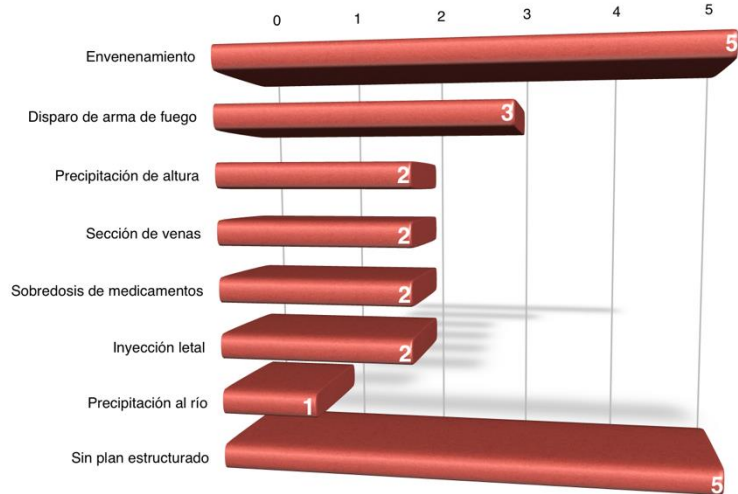


**Figura 2.** *Distribución de la prevalencia de síntomas depresivos en los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas; 2017.*

Cuando se indagó por el antecedente de ideación suicida, mediante la pregunta: ¿Usted alguna vez ha pensado en quitarse la vida?, seguida en casos de respuesta afirmativa de la pregunta: ¿de qué manera? Se observó que 9,9% (n=22) de los habitantes alguna vez presentaron pensamientos de suicidio. De ellos, cinco manifestaron no haber estructurado un plan suicida. De quienes elaboraron un plan, los más frecuentes fueron el envenenamiento (n=5) y el disparo con arma de fuego (n=3). Ver Figuras 3 y 4.



**Figura 3.** Distribución de la ideación suicida en los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas; 2017.



**Figura 4.** Distribución de la manera de realizar el comportamiento suicida en los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas; 2017.

#### 6.4 Prevalencia de síntomas depresivos según aspectos sociodemográficos.

Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres, con una diferencia estadísticamente significativa respecto a los hombres ( $p=0,007$ ).

El 36,4% ( $n=8$ ) de quienes manifestaron antecedente de ideación suicida, presentaron síntomas depresivos; cuatro de ellos evidenciaron depresión leve, tres depresión moderada y uno depresión grave; se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el antecedente de ideación suicida y la prevalencia de síntomas depresivos ( $p=0,003$ ).

El promedio de edad de los habitantes con síntomas depresivos fue de  $43 \pm 15,1$  años; no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los promedios de edad entre los habitantes con y sin síntomas depresivos ( $p=0,246$ ).

Los habitantes afrodescendientes tuvieron una representación baja en el presente estudio (4 habitantes por ser un grupo minoritario en el municipio) no se hallaron diferencias estadísticamente significativas frente al grupo étnico mestizo; pero es

importante observar las diferencias significativas desde el punto de vista social y cultural, porque aproximadamente la mitad de este grupo étnico presentaron síntomas depresivos.

Respecto a la ocupación, se observó que los habitantes con desempleo presentaron mayor porcentaje síntomas depresivos que los habitantes con empleo (formal o informal) incluyendo los habitantes pensionados, sin diferencias estadísticamente significativas entre la ocupación y la presencia de síntomas depresivos ( $p>0,05$ ).

Los habitantes sin educación superior presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos (17,4%), sin diferencias estadísticamente significativas con los habitantes con educación superior ( $p>0,05$ ).

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia de síntomas depresivos entre los residentes del municipio con hábitos nocivos (consumo de licor, cigarrillo y sustancias psicoactivas) y estado civil.

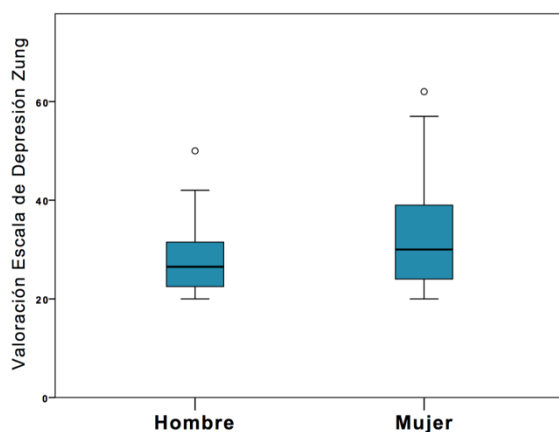
**Tabla 5.** Aspectos sociodemográficos relacionados con la presencia de síntomas depresivos en los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas; 2017.

		Síntomas Depresivos		Valor p	RP (I.C. 95%)
		SI n (%)	NO n (%)		
<b>Sexo</b>	Mujer	29 (19,3%)	121 (80,7%)	0,007	3,48
	Hombre	4 (5,6%)	68 (94,4)		(1,27; 9,52)
<b>Grupo de Edad</b>	$\geq 40$ años	17 (15,5%)	93 (84,5%)	0,807	1,08
	$< 40$ años	16 (14,3%)	96 (85,7%)		(0,57; 2,03)
<b>Estado civil</b>	Sin pareja	16 (15,2%)	89 (84,8%)	0,882	1,05
	Con pareja	17 (14,5%)	100 (85,5%)		(0,56; 1,97)
<b>Ocupación</b>	Desempleado	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0,279*	1,98
	Empleado	31 (14,4%)	184 (85,6%)		(0,58; 6,68)

<b>Escolaridad</b>	<i>Sin educ. superior</i>	25 (17,4%)	119 (82,6%)	0,155	1,69 (0,80; 3,57)
	<i>Educación superior</i>	8 (10,3%)	70 (89,7%)		
<b>Etnia</b>	<i>Mestiza</i>	31 (14,2%)	187 (85,8%)	0,106*	0,28 (0,10; 0,79)
	<i>Negra</i>	2 (50,0%)	2 (50,0%)		
<b>¿Práctica religión?</b>	<i>No</i>	3 (14,3%)	18 (85,7%)	0,938	0,95 (0,32; 2,87)
	<i>Si</i>	30 (14,9%)	171 (85,1%)		
<b>Actualmente Fuma</b>	<i>Si</i>	4 (19,0%)	17 (81,0%)	0,527*	1,32 (0,51; 3,39)
	<i>No</i>	29 (14,4%)	172 (85,6%)		
<b>Actualmente consume licor</b>	<i>Si</i>	6 (10,5%)	51 (89,5%)	0,286	0,64 (0,28; 1,48)
	<i>No</i>	27 (16,4%)	138 (83,6%)		
<b>Actualmente consume SPA</b>	<i>Si</i>	0 (0,0%)	4 (100,0%)	0,999*	N.A
	<i>No</i>	33 (15,1%)	185 (84,9)		
<b>Ideación suicida</b>	<i>Si</i>	8 (36,4%)	14 (63,6%)	0,003	2,91 (1,49; 5,65)
	<i>No</i>	25 (12,5%)	175 (87,5%)		

\* Prueba exacta de Fisher

En las figuras 5 y 6 se pueden observar como la mediana de los valores de la escala de Depresión de Zung son mayores tanto en las mujeres como en los habitantes que manifestaron ideación suicida.



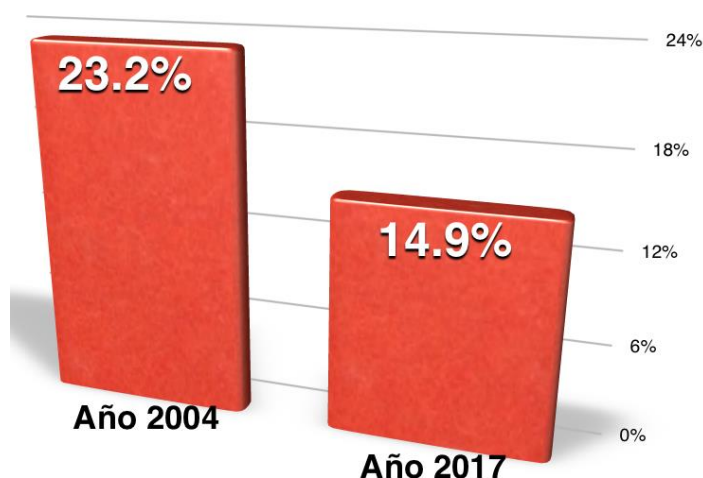
**Figura 5.** Distribución de valores escala Depresión Zung según sexo en los habitantes del municipio de



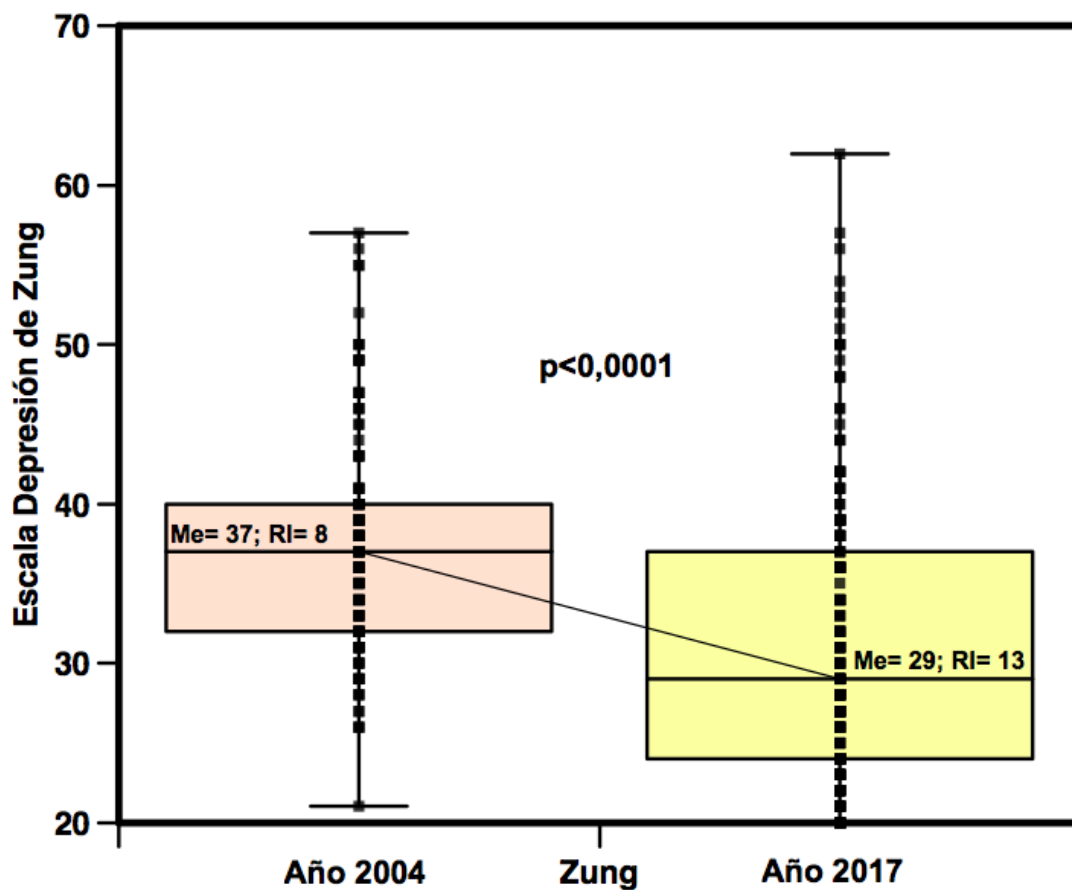
**Figura 6.** Distribución de valores escala Depresión Zung según ideación suicida en los habitantes del

### 6.5 Comparación de la prevalencia de depresión y aspectos sociodemográficos en dos momentos situacionales de la población de San José de Caldas.

En el año 2004 en medio del conflicto armado la prevalencia de depresión fue del 23,2% de acuerdo a lo reportado por la tesis de grado de Franco J y Castaño O, titulada *“Asociación entre la exposición al conflicto armado colombiano y depresión en dos municipios de Caldas, 2004”*. Para el año 2017 en el contexto sociopolítico de la firma del acuerdo de paz y el proceso de desmovilización del grupo armado FARC- EP, la prevalencia de depresión reportada en el presente estudio fue del 14,9%. Esta reducción de 8,3 puntos porcentuales representa una diferencia estadísticamente significativa (McNemar, valor  $p < 0,00001$ ). Ver Figura 7. De igual manera, se pueden observar las distribuciones de los valores de la escala Zung para ambos periodos de estudio, con diferencias significativas ( $p < 0,0001$ ). Ver Figura 8.



**Figura 7.** Distribución de la prevalencia de síntomas depresivos entre el año 2004 y el año 2017 en los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas.



**Figura 8.** Distribución de la escala de depresión Zung del municipio de San José del departamento de Caldas según año de estudio.

La comparación de algunos aspectos sociodemográficos de los dos momentos se puede observar en la tabla 6.

**Tabla 6.** Distribución absoluta de los aspectos sociodemográficos de los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas; 2004 - 2017

Aspectos Sociodemográficos		Año 2004	Año 2017	Valor p
Sexo	Mujer	102	150	0,004
	Hombre	23	72	
Edad en años	Mediana (RI)	40 (22)	39 (23)	0,514

<b>Estado civil</b>	<i>Casado(a)</i>	46	66	0,156
	<i>Soltero(a)</i>	43	76	
	<i>Unión libre</i>	20	51	
	<i>Viudo(a)</i>	9	8	
	<i>Separado(a)</i>	7	17	
	<i>Divorciado(a)</i>	0	4	
<b>Nivel Educativo</b>	<i>Ninguno</i>	6	15	<0,00001
	<i>Primaria</i>	52	70	
	<i>Secundaria</i>	57	59	
	<i>Universitaria*</i>	10	78	
<b>¿Practica alguna religión?</b>	<i>Si</i>	123	201	0,005
	<i>No</i>	2	21	

\*Completa o incompleta (Incluye técnica y tecnológica)

## 6.6 Aspectos sociodemográficos que mejor explican la prevalencia de síntomas de depresión en la población civil del municipio de San José.

Para evaluar el efecto de la prevalencia de síntomas depresivos respecto a aspectos sociodemográficos de los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas, se construyó un modelo multivariado de regresión Poisson con varianza de error robusta.

Las variables candidatas de acuerdo al criterio de Hosmer-Lemeshow y a criterios de plausibilidad biológica fueron: el sexo, la edad, la escolaridad, la etnia y la ideación suicida; estas variables se obtuvieron del análisis bivariado. Se construyó un modelo explicativo con el fin de evidenciar las variables que contribuyen con los síntomas de depresión.

En la tabla 6 se observan los resultados del modelo para la prevalencia de síntomas depresivos en los habitantes residentes del municipio de San José de Caldas de la zona urbana. El sexo y la ideación suicida son los aspectos que influyen con la depresión de la población. Por lo anterior, en las mujeres hay 3,3



veces el riesgo de encontrar síntomas de depresión comparado con los hombres (I.C. 95%: 1,24 a 8,71), ajustado por las demás variables. En los habitantes que reportan ideación suicida hay 2,5 veces el riesgo de encontrar síntomas de depresión comparado con los habitantes que no manifiestan ideación suicida (I.C. 95%: 1,24 a 4,97), ajustados por las demás variables. Ver Tabla 7

**Tabla 7.** *Análisis multivariado de los aspectos sociodemográficos relacionados con la prevalencia de síntomas depresivos en los habitantes del municipio de San José del departamento de Caldas; 2017.*

	Valor p Crudo	RP (I.C. 95%) Crudo	Valor p Ajustado	RP (I.C. 95%) Ajustado
<b>Sexo (Mujer)</b>	0,007	3,48 (1,27; 9,52)	0,016	3,29 (1,24; 8,71)
<b>Edad</b>	0,288	1,01 (0,98; 1,04)	0,666	1,01 (0,97; 1,03)
<b>Escolaridad (sin educación superior)</b>	0,155	1,69 (0,80; 3,57)	0,303	1,52 (0,68; 3,39)
<b>Etnia (Negra)</b>	0,106	3,51 (1,25; 9,87)	0,096	2,69 (0,84; 8,60)
<b>Ideación suicida</b>	0,003	2,91 (1,49; 5,65)	0,010	2,49 (1,24; 4,97)

## 7. DISCUSIÓN

En este estudio se evaluó la prevalencia de síntomas depresivos en la población de San José del departamento de Caldas – Colombia para el año 2017, diez meses después de la firma del acuerdo final para la terminación del conflicto entre el Gobierno Nacional de la República Colombia y las FARC- EP, en medio del proceso de desmovilización y desarme de este grupo insurgente. Para nuestro conocimiento, es uno de los primeros estudios que compara la prevalencia de síntomas depresivos en una misma población antes y después de la firma del acuerdo de paz en Colombia, hallando una prevalencia de síntomas depresivos para el año 2017 de 14,9% con una reducción de 8,3 puntos porcentuales comparado con los resultados del estudio del año 2004 que determinó una prevalencia de depresión de 23,2%, utilizando como instrumento de medición la escala Zung en los dos periodos.

Posiblemente el impacto de la desmovilización del grupo armado FARC- EP puede explicar parte de la reducción de la prevalencia de depresión; sin embargo otros factores pueden estar relacionados con este indicador, uno de ellos es el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud mental en el departamento en los últimos años, permitiendo oportunas intervenciones, por el mayor número de psiquiatras y la cercanía a instituciones especializadas en las ciudades de Manizales, Pereira, Armenia y Cartago.

Otro factor interviniente pudo ser la capacidad de respuesta y el enfoque de promoción y prevención de la dirección local de salud frente a los casos de depresión, luego de los resultados de la investigación del año 2004, que sumado a una mejor calidad de vida de los pobladores como fue el mejoramiento en la infraestructura vial, el mayor número de centros educativos y la apertura económica a otras áreas de producción (comercio, ganadería y agricultura diversificada y más tecnificada) permitieron reducir la percepción de síntomas depresivos (Álvaro-Estramiana, Garrido-Luque, & Schweiger-Gallo, 2010).

Es notoria la reducción en el número de víctimas por conflicto armado en el municipio de San José, según las cifras del Registro Único de Víctimas (Unidad para las Víctimas, 2017) que para el año 2004 reportó un número de víctimas (n=63) muy superior a los años 2016 (n=6) y 2017 (n=4). Por lo que no se puede desconocer el aporte en los últimos meses dado por el proceso de desmovilización y desarme, frente a la percepción de un ambiente de paz y tranquilidad que pudiera estar viviendo la población, a pesar de ser un municipio con una baja vulnerabilidad de violencia por la guerra (Rodríguez, Torre, & Miranda, 2002) (Rodriguez Takeuchi, 2009).

Otros factores que posiblemente aportaron a la disminución de síntomas depresivos en la población de San José fueron los sociodemográficos y de estilos de vida, que según los resultados del presente estudio mostraron aceptables condiciones psicosociales en la población estudiada, como la afiliación de salud en toda los individuos encuestados, la filiación de pareja en más de la mitad de la población estudiada (52,7%), una minoría de personas en situación de desempleo (3,2%) y un bajo reporte de consumo de psicoactivos ilegales (1,8%); estos aspectos aportan de manera significativa a la reducción de riesgo de depresión (Cabello et al., 2017; Jensen, Decker, & Andersen, 2006).

El presente estudio estima una prevalencia de depresión que supera la hallada en la Encuesta Nacional de Salud Mental (MINSALUD, 2015), que reporta una prevalencia en adultos para cualquier trastorno depresivo de 5,4%. Este resultado requiere un mejor escenario de evaluación frente al postconflicto en Colombia, ya que son escasos los estudios que tienen en cuenta el aspecto actual del postconflicto, donde se ha demostrado que los municipios violentos de Colombia son los que presentan las mayores prevalencias de trastornos mentales como la ansiedad y la depresión (Gómez-Restrepo et al., 2016).

El síntoma depresivo del postconflicto de la presente investigación en comparación con estudios de otros países es bajo, donde se ha reportado altas prevalencias de depresión, incluso muchos años después de terminado el conflicto armado. En el año 2002, en la postguerra del conflicto afgano (Cardozo et al.,

2004) se evaluó la población civil, estimando una prevalencia de síntomas depresivos de 67.7%. En el conflicto del Norte de Uganda (Mugisha et al., 2015) se reportó una prevalencia de trastorno depresivo mayor del 24,7% siete años después de la culminación del conflicto. Steel Z y colaboradores, en una revisión sistemática y de meta-análisis (Steel et al., 2009) de la población en postconflicto de distintas partes del mundo, encontraron una prevalencia ponderada no ajustada de depresión de 30,8%. Otro estudio que evaluó la depresión en el posconflicto fue el de Nepal, que, mediante el inventario de depresión de Beck, estimaron una prevalencia hasta del 40,6% de síntomas depresivos en la población civil (Kohrt et al., 2012). Si bien las prevalencias en otros estudios tienden a ser superiores a la encontrada en la presente investigación, esto puede obedecer a que en el municipio de San José del departamento de Caldas, según tipología CERAC (Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos) (Espinosa, 2011) es un municipio categoría 4 (Conflicto interrumpido, levemente afectado) es decir, con poca exposición directa al conflicto armado, lo que debe orientar a explorar otros factores psicosociales o biológicos para explicar tanto la elevada prevalencia como la reducción frente al estudio anterior. Para este aspecto, resultaría de gran interés estudiar otra población con similares características sociodemográficas, pero con historia de mayor intensidad del conflicto armado.

La mayor prevalencia de depresión en el presente estudio fue en las mujeres, concordante con los resultados observados en otros estudios que involucra el postconflicto (Mugisha et al., 2015) (Cardozo et al., 2005a, 2005b; Kessler, 2003) en los cuales el género femenino se ha relacionado con peor salud psicológica en estos contextos (P. Bell et al., 2001; Sideris, 2003; Skjelsbaek Inger, 2006) e inclusive en otros escenarios sociales en los que ser mujer es un factor de riesgo para presentar síntomas depresivos (Kessler, 2003; Noble, 2005). La actividad laboral y social más frecuente en el presente estudio fue ser ama de casa, lo que implica que las mujeres de esta población están más expuestas a estresores que sobrevienen con las responsabilidades del hogar (la crianza de los hijos, alimentación y otras tareas relacionadas) que sumado a la herencia cultural de un modelo patriarcal, también podría respaldar la asociación en este estudio del

género femenino con la depresión.

Se sabe que la Escala de Zung no es un test diagnóstico de depresión, por lo tanto no reemplaza la valoración clínica, pero no se desconoce sus características internas y propiedades psicométricas, lo que la hace una prueba sencilla de tamizaje para este trastorno y de gran utilidad para detectar síntomas depresivos clínicamente significativos en muestras comunitarias (A. Campo-Arias et al., 2006; Vélez-Álvarez et al., 2016). Se cuenta con validación de dicha escala en población colombiana (A. Campo-Arias et al., 2006) y fue el instrumento aplicado en la misma población para el año 2004, lo que permite la comparación de estas dos investigaciones.

Se ha señalado que la escala de Zung le da mayor valor a síntomas de contenido somático y algunos autores (Campo-Arias & Rueda, 2005; Cogollo, Diaz, & Campo, 2006) argumentan la limitación de esta escala frente a los elementos emocionales por presentar un número escaso de puntos que exploran este aspecto. El perfil sintomático del presente estudio, cuando se evaluó cada ítem, evidenció un resultado variado, encontrando: un síntoma afectivo (alteración de la capacidad del disfrute), un síntoma somático (alteración del deseo sexual) y dos síntomas cognitivos (indecisión y no tener la mente tan clara como antes), como los síntomas más predominantes en los pacientes evaluados. En el otro extremo, el ítem del Zung menos frecuentemente referido fue la ideación de muerte (expresada como “siento que los demás estarían mejor si yo muriera”), clásicamente relacionado con cuadros depresivos más graves, coincidiendo con los resultados generales que mostraron minoría de casos graves de depresión.

Este estudio presenta limitaciones, como su baja comparabilidad debido a que difiere con la metodología y el instrumento empleado por otros estudios para evaluar la depresión. Si bien en los criterios de exclusión se descartó la participación de miembros de la fuerza pública o grupos armados, no hubo una variable que especificara si la persona encuestada había sido víctima directa del conflicto armado. No se tuvo en cuenta la población rural (aunque este criterio fue elegido de manera intencional para poder realizar el análisis comparativo de

prevalencias con el estudio realizado en el año 2004) limitando el impacto social que ha tenido el conflicto armado en las zonas rurales y sesgando la prevalencia real de síntomas depresivos en el municipio. No se empleó un instrumento diagnóstico, por lo que la presencia de síntomas depresivos no es específica para trastorno depresivo mayor, lo que pudo haber incluido otra gama de posibilidades diagnósticas como enfermedad bipolar, trastorno adaptativo, distimia, ciclotimia, situaciones de duelo o enfermedades físicas que simulen síntomas somáticos de depresión.

Se tuvo la posibilidad de asignar una cita con profesional en salud mental (psicólogo), en todos los casos positivos para síntomas depresivos, así como la evaluación individual por parte un residente de psiquiatría de último año en todos los casos positivos, para determinar la necesidad de remisión urgente a unidad de salud mental especializada (que en ningún caso fue necesaria).

## 8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con base en los resultados de la presente investigación se plantean las siguientes conclusiones:

- Se presentó una reducción de la prevalencia de depresión en los habitantes del municipio de San José de Caldas para el año 2017, comparada con la prevalencia de depresión del año 2004; esta reducción posiblemente puede ser explicada en parte por el proceso de desmovilización del grupo armado FARC- EP.
- La mayoría de los síntomas depresivos identificados en los habitantes fueron clasificados como leves; es importante resaltar la relación encontrada entre los habitantes del género femenino y quienes manifestaron antecedente de ideación suicida con la presencia de síntomas depresivos.
- En el contexto de post-acuerdo en Colombia, la población civil del municipio de San José - Caldas (2017), continúa registrando una alta prevalencia de síntomas depresivos.

Es clara la necesidad de realizar más estudios observacionales analíticos de cohorte prospectivos con un número suficiente de habitantes que involucren los residentes de las zonas rurales y que incluyan otros grupos étnicos como los afrodescendientes e indígenas. De igual forma, explorar la presencia de estresores diarios (insuficiencia alimentaria, bajos ingresos económicos, hacinamiento en viviendas, entre otros), que al ser más proximales y continuos que los actos específicos de violencia política, cobrarían mayor relevancia para el municipio de San José.

Las intervenciones que se pretendan realizar en los habitantes del municipio de San José frente a la presencia de síntomas depresivos deben involucrar y profundizar aspectos diferenciales como los grupos de edad, la escolaridad, la etnia, la ocupación, el género y la ideación suicida, estos dos últimos relevantes para el municipio desde el punto de vista estadístico; pero no se debe desconocer

otros aspectos que influyen en la visión integral del individuo, para poder relacionar los síntomas de depresión con un constructo multidimensional.

En general, dado el nivel de vulnerabilidad en las áreas rurales del país y en municipios con alta exposición a violencia relacionada al conflicto armado, existe la necesidad de continuar la investigación longitudinal para evaluar las tendencias de la depresión y otras enfermedades mentales en el postconflicto, así como el desarrollo de programas multisectoriales para afrontar esta problemática.

Se recomienda trabajar de la mano con entidades territoriales como la alcaldía municipal, la dirección local de salud y la ESE, así como con las instituciones de formación de talento humano en salud, para crear y consolidar actividades de intervención que contribuyan al mejoramiento de esta problemática, continuar detectando y monitoreando casos de depresión del municipio y reforzar la preparación del recurso humano en salud, mediante la socialización de estos resultados y la realización de jornadas de capacitación sobre detección y abordaje de la depresión en el nivel primario de atención.

De igual forma, se deben socializar los resultados de esta investigación con la población general del municipio, para resaltar la prevalencia de depresión, sus manifestaciones clínicas y factores asociados, motivando la demanda de los servicios de salud mental con los que cuenta el municipio y el departamento.



## 9. BIBLIOGRAFÍA

- Álvaro-Estramiana, J. L., Garrido-Luque, A., & Schweiger-Gallo, I. (2010). Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 333–348. <https://doi.org/10.3989/ris.2008.06.08>
- American psychiatric association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. In *manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pp. 31–41).
- Bell, P., Oruc, L., Ceric, I., Pojskic, N., Isabel, B., & Licanin, I. (2001). Women, war and trauma: a study description. *Medicinski Arhiv*, 55(1 Suppl 1), 31–33. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=11795191>  
<http://lshtmsfx.hosted.exlibrisgroup.com/lshtm?sid=OVID:medline&id=pmid:11795191&id=doi:&issn=0350-199X&isbn=&volume=55&issue=1&spage=31&pages=31-3&date=2001&title=Medic>
- Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P., & Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Conflict and Health*, 6(1), 10. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-10>
- Bonanno, G. A. (2008). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, S(1), 101–113. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.101>
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 511–535. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
- Cabello, M., Miret, M., Caballero, F. F., Chatterji, S., Naidoo, N., Kowal, P., ... Ayuso-Mateos, J. L. (2017). The role of unhealthy lifestyles in the incidence and persistence of depression: a longitudinal general population study in four emerging countries. *Globalization and Health*, 13(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0237-5>
- Campo-Arias, A., Diaz-Martinez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., del Pilar Cadena, L., & Hernandez, N. L. (2006). Validation of Zung's self-rating depression scale among the

- Colombian general population. *Social Behavior and Personality*, 34(1), 87–94.  
<https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.1.87>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 177–185. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>
- Campo-Arias, a, & Rueda, G. (2005). Percepción de rendimiento académico y síntomas depresivos en estudiantes de media vocacional de Bucaramanga, Colombia. *Archivos de Pediatría ...*, 76(1), 21–26. Retrieved from  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004-05842005000100005&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0004-05842005000100005&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Crawford, C. a G., Shaikh, I., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., & Anderson, M. (2004). Mental health, social functioning, and disability in postwar Afghanistan. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 292, 575–584.  
<https://doi.org/10.1001/jama.292.5.575>
- Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Gotway, C. A., Wolfe, M. I., Gerber, M. L., & Anderson, M. (2005a). Mental Health of Women in Postwar Afghanistan. *Journal of Women's Health*, 14(4), 285–293. <https://doi.org/10.1089/jwh.2005.14.285>
- Cardozo, B. L., Bilukha, O. O., Gotway, C. a, Wolfe, M. I., Gerber, M. L., & Anderson, M. (2005b). Report from the CDC: mental health of women in postwar Afghanistan. *Journal of Women's Health* (2002), 14(4), 285–293.  
<https://doi.org/10.1089/jwh.2005.14.285>
- Centro de Memoria Histórica. (2013). INFORME GENERAL Centro Nacional de Memoria Histórica. *Basta Ya*, 10. Retrieved from  
[http://centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-RECOMENDACIONES\\_396-405.pdf](http://centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-RECOMENDACIONES_396-405.pdf)
- Cifuentes Patiño, M. R., & Palacio Valencia, M. C. (2005). El departamento de caldas: su configuración como territorio de conflicto armado y desplazamiento forzado. *Revista Del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia*, 7, 99–110. Retrieved from  
<http://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/8478>

- Cogollo, Z., D??az, C. E., & Campo, A. (2006). Exploraci??n de la validez de constructo de la escala de Zung para depresi??n en adolescentes escolarizados. *Colombia Medica*, 37(2), 102–106.
- Corzo Pérez, P. A. (2016). Psiquiatria y biopolítica en el escenario de la guerra: comprender el conflicto para construir el post conflicto. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.002>
- De Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet*, 361(9375), 2128–2130. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13692-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13692-6)
- Espinosa, N. (2011). “Dime qué fuente usas y te diré qué análisis presentas”. Balance conceptual y metodológico de bases de datos sobre conflicto armado en Colombia. *Universitas Humanística*, 72, 297–320. Retrieved from [www.scielo.org.co/pdf/unih/n72/n72a13.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n72/n72a13.pdf)
- Fajardo, D. (2015). Estudio sobre los orígenes del conflicto social armado , razones de su persistencia y sus efectos más profundos en la sociedad colombiana. *Conflicto Social Y Rebelión Armada En Colombia.*, 55. Retrieved from <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r33442.pdf>
- Farhood, L. F., Fares, S., Sabbagh, R., & Hamady, C. (2016). PTSD and depression construct: Prevalence and predictors of co-occurrence in a south Lebanese civilian sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 7. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31509>
- Franco, J. (2004) Asociación entre la exposición al conflicto armado colombiano y depresión en dos municipios de Caldas, 2004. [Tesis de especialización en Psiquiatría]. Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias de la Salud.
- For, O., Coordination, T. H. E., Humanitarian, O. F., & Section, E. E. (2001). United nations office for the coordination of humanitarian affairs Disaster Waste Management Guidelines. *Environment*, (July), 1–16. Retrieved from <http://www.mendeley.com>
- GMH. (2013). ¡Basta Ya! Colombia: Memorias De Guerra Y Dignidad. *Historia Y Sociedad; Núm. 26 (2014); 274-281 Historia Y Sociedad; Núm. 26 (2014); 274-281 2357-4720 0121-8417*. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

- Goenjian, a K., Steinberg, a M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. a, Tashjian, M., & Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *The American Journal of Psychiatry*, 157(6), 911–916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.911>
- Gold, P. W. (2015). The organization of the stress system and its dysregulation in depressive illness. *Molecular Psychiatry*, 20(1), 32–47. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.163>
- Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. C., Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., ... Rincón, C. J. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001>
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol*, 1, 293–319. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938>
- Haroon, E., Raison, C. L., & Miller, A. H. (2012). Psychoneuroimmunology Meets Neuropsychopharmacology: Translational Implications of the Impact of Inflammation on Behavior. *Neuropsychopharmacology*, 37(1), 137–162. <https://doi.org/10.1038/npp.2011.205>
- Hernández, G. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión. *Universitas Médica*, 48, 228–248.
- Humberto de la Calle. (2016). Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. *Documento de paz*, 1, 297. Retrieved from <https://www.mesadeconversaciones.com.co/comunicados/acuerdo-final-para-la-terminación-del-conflicto-y-la-construcción-de-una-paz-estable-y-1>
- J.L., S., & D., M. (2014). The biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer progression. *International Review of Psychiatry*. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=2014149601>
- Jaime Contreras, M. H. (2003). El conflicto armado en colombia. *Revista de Derecho, Universidad Del Norte*, (19), 119–125. <https://doi.org/26305995>

- Jensen, L., Decker, L., & Andersen, M. (2006). Depression and health-promoting lifestyles of persons with mental illnesses. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(6), 617–634. <https://doi.org/10.1080/01612840600642919>
- Jones, L., Asare, J. B., El Masri, M., Mohanraj, A., Sherief, H., & van Ommeren, M. (2009). Severe mental disorders in complex emergencies. *The Lancet*, 374(9690), 654–661. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61253-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61253-8)
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 74, pp. 5–13). [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00426-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00426-3)
- Kohrt, B. a, Hruschka, D. J., Worthman, C. M., Kunz, R. D., Baldwin, J. L., Upadhaya, N., ... Nepal, M. K. (2012). Political violence and mental health in Nepal: prospective study. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 201(4), 268–75. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096222>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. a, Zwi, a B., & Lozano, R. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Revista Do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 45, 130–130. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652003000300014>
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Phillips, M. L. (2012). Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60602-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60602-8)
- Leongómez, E. P. (Comp. . (2015). Una lectura múltiple y pluralista de la historia. In *Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia* (pp. 3–94).
- Livia Chiriță, A., Gheorman, V., Bondari, D., & Rogoveanu, I. (2015). Current understanding of the neurobiology of major depressive disorder. *Rom J Morphol Embryol*, 56(2), 651–658.
- Londoño, N. H., Muñiz, O., Correa, J. E., Patiño, C. D., Jaramillo, G., Raigoza, J., ... Chocó, B. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(4), 493–505.
- Médicos Sin Fronteras. (2013). Las heridas menos visibles : Salud mental , violencia y conflicto armado en el sur de Colombia. *Medicos Sin Fronteras*, 1–30.
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and

- psychosocial frameworks. *Social Science and Medicine*, 70(1), 7–16.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>
- MINSALUD, M. de S. y P. S. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I*.  
<https://doi.org/978-958-8903-19-4>
- Mollica, R. F., Cardozo, B. L., Osofsky, H. J., Raphael, B., Ager, A., & Salama, P. (2004). Mental health in complex emergencies. *Lancet*, 364, 2058–67.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17519-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17519-3)
- Mugisha, J., Muyinda, H., Malamba, S., & Kinyanda, E. (2015). Major depressive disorder seven years after the conflict in northern Uganda: burden, risk factors and impact on outcomes (The Wayo-Nero Study). *BMC Psychiatry*, 15(1), 48.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-015-0423-z>
- Murthy, R. S., & Lakshminarayana, R. (2006). Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(9), 25–30.  
<https://doi.org/10.1080/13518040701205365>
- Nabeshima, T., & Kim, H.-C. (2013). Involvement of genetic and environmental factors in the onset of depression. *Experimental Neurobiology*, 22(4), 235–43.  
<https://doi.org/10.5607/en.2013.22.4.235>
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 54(5 SUPPL.), 49–52. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2005.01.014>
- Olave, G. (2013a). El eterno retorno de Marquetalia: sobre el mito fundacional de las Farc-EP. *FOLIOS. Universidad Pedagógica Nacional*, (37), 149–166. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/folios/n37/n37a10.pdf>
- Olave, G. (2013b). El proceso de paz en Colombia según el Estado y las FARC-EP. *Discurso Y Sociedad*, 7(2), 338–363. Retrieved from [http://www.dissoc.org/ediciones/v07n02/DS7\(2\)Olave.pdf](http://www.dissoc.org/ediciones/v07n02/DS7(2)Olave.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). La depresión. *Nota Descriptiva N°369*, 2–5. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/#>
- Pariante, C. M., & Lightman, S. L. (2008). The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends in Neurosciences*.

<https://doi.org/10.1016/j.tins.2008.06.006>

Presidencia de la República, & Congreso Nacional. (2011). Ley de víctimas y restitución de tierras. *Cartilla*, (10 junio), 106. [https://doi.org/Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones](https://doi.org/Por%20la%20cual%20se%20dictan%20medidas%20de%20atenci%C3%B3n,%20asistencia%20y%20reparaci%C3%B3n%20integral%20a%20las%20v%C3%ADctimas%20del%20conflicto%20armado%20interno%20y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones).

Priebe, S., Jankovic Gavrilovic, J., Bremner, S., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., ... Bogic, M. (2012). Psychological Symptoms as Long-Term Consequences of War Experiences. *Psychopathology*, 46(1), 45–54. <https://doi.org/10.1159/000338640>

Rasmussen, A., Nguyen, L., Wilkinson, J., Vundla, S., Raghavan, S., Miller, K. E., & Keller, A. S. (2010). Rates and Impact of Trauma and Current Stressors Among Darfuri Refugees in Eastern Chad. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 227–236. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01026.x>

Restrepo, J., & Aponte, D. (2009). Guerra y violencias en Colombia. *Cerac*, 609.

Robert Muggah. (2009). Small-Arms-Survey-2009-Chapter-07-EN. *Small Arms Survey*, 218–247. Retrieved from <http://www.smallarmssurvey.org/fileadmin/docs/A-Yearbook/2009/en/Small-Arms-Survey-2009-Chapter-07-EN.pdf>

Roberts, B., & Browne, J. (2011). A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries. *Global Public Health*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.511625>

Roberts, B., Ocaka, K. F., Browne, J., Oyok, T., & Sondorp, E. (2008). Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC Psychiatry*, 8(1), 38. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-38>

Roca, M., Gili, M., Garcia-Campayo, J., Armengol, S., Bauza, N., & García-Toro, M. (2013). Stressful life events severity in patients with first and recurrent depressive episodes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(12), 1963–1969. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0691-1>

Rodríguez, J., Torre, A. D. La, & Miranda, C. T. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 22, 337–346.

Rodriguez Takeuchi, L. K. (2009). Los municipios colombianos y el conflicto armado Una



mirada a los efectos sobre la efectividad en el desempeño de los gobiernos locales. *Colombia Internacional*, (70), 93–120.

- Sabin, M. (2003). Factors Associated With Poor Mental Health Among Guatemalan Refugees Living in Mexico 20 Years After Civil Conflict. *JAMA*, 290(5), 635. <https://doi.org/10.1001/jama.290.5.635>
- Salud, O. M. de la. (2015). OMS | Depresión. *Who*.
- Sanchez-Padilla, E., Casas, G., Grais, R. F., Hustache, S., & Moro, M.-R. (2009). The Colombian conflict: a description of a mental health program in the Department of Tolima. *Conflict and Health*, 3, 13. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-3-13>
- Sideris, T. (2003). War, gender and culture: Mozambican women refugees. *Social Science and Medicine*, 56(4), 713–724. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00067-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00067-9)
- Skjelsbaek Inger. (2006). Victim and Survivor: Narrated Social Identities of Women Who Experienced Rape During the War in Bosnia-Herzegovina. *Feminism Psychology*, 16(4), 373–403. <https://doi.org/10.1177/0959353506068746>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement. *JAMA*, 302(5), 537. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- Stetler, C., & Miller, G. E. (2011). Depression and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Activation: A Quantitative Summary of Four Decades of Research. *Psychosomatic Medicine*, 73(2), 114–126. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820ad12b>
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>
- Tobón, K. A. (2014). Analizando la violencia después del conflicto: el caso de Guatemala en un estudio sub-nacional. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas Y Sociales*, 59(220), 191–233. [https://doi.org/10.1016/S0185-1918\(14\)70805-0](https://doi.org/10.1016/S0185-1918(14)70805-0)
- Turner, R. J., Wheaton, B., & Lloyd, D. A. (1995). The Epidemiology of Social Stress. *American Sociological Review*, 60(1), 104. <https://doi.org/10.2307/2096348>



Unidad para las Víctimas.(2017). Registro Único de Víctimas.

<https://rni.unidadvictimas.gov.co/RUV>

Vélez-Álvarez, C., Barrera-Valencia, C., Benito-Devia, A. V., Figueroa-Barrera, M., & Franco-Idarraga, S. M. (2016). Estudio de síntomas depresivos mediante la Escala de autoaplicación de Zung en varones privados de la libertad de una ciudad de Colombia. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(2), 43–48.

Verduijn, J., Milaneschi, Y., Schoevers, R. A., van Hemert, A. M., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2015). Pathophysiology of major depressive disorder: mechanisms involved in etiology are not associated with clinical progression. *Translational Psychiatry*, 5(9), e649. <https://doi.org/10.1038/tp.2015.137>

Vinck, P., Pham, P. N., Stover, E., & Weinstein, H. M. (2007). Exposure to War Crimes and Implications for Peace Building in Northern Uganda. *JAMA*, 298(5), 543. <https://doi.org/10.1001/jama.298.5.543>

Weissman, M. M., Berry, O. O., Warner, V., Gameroff, M. J., Skipper, J., Talati, A., ... Wickramaratne, P. (2016). A 30-Year Study of 3 Generations at High Risk and Low Risk for Depression. *JAMA Psychiatry*, 73(9), 970. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1586>

Zung, W. W. (1965). A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63–70.

Zung, W. W., MacDonald, J., & Zung, E. M. (1988). Prevalence of clinically significant depressive symptoms in black and white patients in family practice settings. *The American Journal of Psychiatry*, 145(7), 882–3. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3381937>